

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N^o

448

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri JAHAN

Né le 2 Février 1906 à Montrichard (Loir-et-Cher)

LE SERVICE

DE

MATERNITÉ-GYNÉCOLOGIE

DE L'HOPITAL CIVIL FRANÇAIS

DE TUNIS

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1932

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri JAHAN

Né le 2 Février 1906 à Montrichard (Loir-et-Cher)

LE SERVICE

DE

MATERNITÉ-GYNÉCOLOGIE

DE L'HOPITAL CIVIL FRANÇAIS

DE TUNIS

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1932

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GREGOIRE.
Physiologie.	BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TESSIER.
Clinique chirurgicale.	DEL BET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE
	MULON.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 SANNIE. Chimie biologique.
 BROCCQ. Pathologie chirurgicale
 BRULE. Pathologie médicale.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. Pathologie médicale.
 ECALLE. Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 Pathologie expérimentale.
 GASTINEL. Bactériologie.
 GATELLIER. Pathologie chirurgicale
 GIROUD. Histologie.
 HARVIER. Pathologie médicale.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 HUTINEL. Pathologie médicale.
 JOANNON. Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 Oto - rhino - laryngologie.
 HUGUENIN. Anatomie pathologique
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 HAZARD. Pharmacologie.
 MILLOT. Histologie.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale
 MOREAU. Pathologie médicale
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOURE. Pathologie chirurgicale
 Histologie.
 OBERLING. Anatomie pathologique
 OLIVIER. Anatomie.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUENU. Pathologie chirurgicale
 RICHEL. Physiologie.
 SEZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER. Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX. Obstétrique.
 LEROUX. Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER. Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI.Clinique médicale.
 CHIRAY.Clinique médicale.
 DEBRE.Clinique médicale.
 DUVOIR.Clinique médicale.
 BASSET.Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. Clinique chirurgicale.

MM.
 HEITZ-BOYER. ...Clinique chirurgicale.
 MATHIEU.Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT.Clinique chirurgicale.
 PROUST.Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ.Clinique chirurgicale.
 LE LORIER.Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL.Clinique obstétricale.
 METZGER. Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY. CHAILLEY-BERT. LEDOUX-LEBARD. WEIL-HALLE.		Stomatologie. Education physique. Radiologie clinique. Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND'PÈRE

In memoriam.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance infinie.

AUX MIENS

A MA FIANCÉE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT DE TUNIS

A MON PRÉSIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Qui nous a fait le grand honneur
de présider ce modeste travail.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE NANTES

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE BUREAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI LERAT
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. GOURDET
CHEF DU SERVICE D'UROLOGIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MIRAILLIÉ
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
MÉDECIN DES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS TEXIER ET LEVESQUE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSSE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

In memoriam.

Dont nous avons eu l'honneur
d'être l'élève, l'externe et l'interne
provisoire.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MESSIEURS LES DOCTEURS

DOUAY

CHEF DES TRAVAUX GYNÉCOLOGIQUES DANS LE SERVICE
DE M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE A L'HOPITAL
BROCA

ET CLAUDE BECLERE

Qui ont bien voulu guider de
leurs conseils et de leur expérience
éclairée nos premiers essais dans
l'emploi des méthodes d'exploration
utérine et tubaire.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUCHET

Hommage de respectueuse
admiration.

A MES CHEFS DE SERVICE DE L'HOPITAL
CIVIL FRANCAIS DE TUNIS

MONSIEUR LE DOCTEUR LEHUCHER
CHIRURGIEN-ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

Nous ne saurions trouver de
mots assez vrais et assez émus
pour rendre hommage à son
infinie bonté et témoigner de ce
que nous lui devons.

MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD
MÉDECIN DES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEROUVRIER
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

MONSIEUR LE DOCTEUR COHEN-BOULAKIA
OPHTALMOLOGISTE

MONSIEUR LE DOCTEUR CASSAR
DERMATOLOGISTE

MONSIEUR LE DOCTEUR JAUBERT ET BEAUJEU
RADIOLOGUE DES HOPITAUX DE TUNIS

INTRODUCTION

Que notre jury et ceux qui nous feront l'honneur de lire ce modeste travail nous excusent, nous n'avons eu en écrivant ces lignes aucune prétention : d'une part le service de Maternité Gynécologie de l'Hôpital Civil Français de Tunis a de nombreux homologues dans notre pays, d'autre part les méthodes employées sont classiques, nous les tenons de nos Maîtres de la Métropole avec lesquels nous avons conservé des liens très étroits.

Cependant, l'organisation de ce que l'on peut considérer en France comme une œuvre commune s'est heurtée et se heurte encore à de sérieuses difficultés : les unes, d'ordre purement matériel et non des moins négligeables, tiennent au fait que la Tunisie est un pays de ressources modestes ne disposant par conséquent que de petits moyens et d'un budget pauvre, les autres sont dues au cosmopolitisme d'une population difficilement éduicable opposant à nos traitements la routine et les préjugés ancestraux et ne pouvant supporter en aucune manière la comparaison avec la clientèle hospitalière française.

Nous sommes il est vrai sur terre de Protectorat ouverte depuis cinquante ans seulement aux méthodes françaises, et il est encourageant de noter, à la gloire des

Chefs de Service successifs et de l'Administration de l'Assistance publique, que l'œuvre est en progrès ; toute une catégorie de cette population arriérée vient beaucoup plus facilement à nous, surtout dans les cas graves.

Cette tendance se manifeste plus particulièrement en obstétrique, peu encore à vrai dire dans les eutocies mais d'une façon très sensible dans les dystocies.

C'est ce qui nous a conduit à présenter ces quelques pages.

HISTORIQUE

Inauguré le 21 novembre 1898 l'Hôpital Civil Français de Tunis ne comportait pas de Maternité et les parturiantes accouchaient dans le seul service de chirurgie générale qui existât alors, voisinant avec des malades atteintes d'affections septiques les plus diverses. Il est facile de se représenter ce qu'il pouvait y avoir de défectueux dans une telle organisation, bien que le nombre des accouchements fut à l'origine assez modeste.

M. le professeur agrégé Braquehayé alors chef de service et son interne M. Wiehn, actuellement médecin de colonisation, sentirent très vite la nécessité non seulement de dégager leurs salles, mais encore de ne pas exposer à des suites de couches fâcheuses des femmes dont le nombre allait croissant. C'est ainsi que fut créée en 1902 une Maternité autonome dans le Pavillon Nord actuellement affecté aux Laboratoires.

La direction en fut confiée à M. Bruch, chirurgien-adjoint sur les ordres duquel se trouvait une sœur. C'était un bien timide essai mais le premier pas était franchi et, malgré l'exéguité des nouveaux locaux : une bien modeste salle de travail, deux petites pièces, et seulement huit lits, le nombre des accouchements doubla en qua-

tre ans. Le Service devenait manifestement trop petit ; l'Administration supérieure, justement émue par cet état de chose, envisagea la construction et mit en chantier le Pavillon actuel qui fut inauguré en 1908.

Il comprenait dans un même corps de bâtiment les maternités aseptiques et isolées. Malgré la disposition favorable des locaux, d'était une grosse lacune, mais les crédits insuffisants n'avaient pas permis l'exécution d'un autre programme. M. Bruch en assumait la direction.

En 1910, une place de chirurgien-accoucheur comprenant de plus le Service de Gynécologie et celui de Chirurgie infantile fut mise au concours. Passé à Paris il se termina par la nomination de M. le docteur Tribaudeau. Sous sa direction intelligente et éclairée une impulsion nouvelle fut donnée à l'ensemble du service et des modifications importantes y furent apportées. La création d'une Maternité isolée s'imposait : un vieux Pavillon relégué à l'autre bout de l'Hôpital, antérieurement affecté aux nerveux ferait provisoirement l'affaire : cette organisation temporaire persiste encore. Le Service de Gynécologie aseptique fut doté d'une salle d'opération et de toute l'instrumentation en usage à cette époque. La mort devait enlever prématurément M. Tribaudeau en mars 1913, et l'arracher à son œuvre. Qu'il nous soit permis de rendre à sa mémoire un public et vibrant hommage, n'oublions pas, en effet, que c'est lui qui a créé le Service, instruit le personnel et obtenu des résultats très brillants avec des moyens réduits ; sa haute valeur et conscience professionnelles, un sens réellement chirurgical, une volonté tenace, un véritable dévouement

à l'assistance concernant les femmes en couches ont donné dès le début à la Maternité de l'Hôpital Civil Français une réputation qui allait chaque année grandissante.

M. le professeur Bar avait porté sur lui, lors de son concours un jugement éminemment favorable se résumant par ces termes laconiques, mais qui prenaient toute leur valeur dans sa bouche : « C'était quelqu'un ». Mort victime de son activité dans la fleur de l'âge il avait acquis à Tunis une toute première place chirurgicale et l'Administration ne pouvait lui rendre un plus vif hommage qu'en donnant son nom au Pavillon de la Maternité.

La place fut mise à nouveau au concours à Paris en juillet 1913 et se termina par la nomination du chirurgien actuel, M. le docteur Lehucher qui, en collaboration depuis 1919 avec un personnel d'élite que sa compétence avait su discerner et éduquer, s'employa à continuer et à parfaire l'œuvre de ses prédécesseurs : grâce à lui l'Hôpital Civil français peut s'enorgueillir d'un Service de Maternité-Gynécologie conforme aux principes les plus modernes. Interne de ce Service depuis un an et demi nous avons pu nous rendre compte des méthodes employées et apprécier les résultats obtenus.

Nous nous efforcerons de donner une idée du travail accompli en même temps que de notre respectueuse et sincère admiration.

II. LES LOCAUX

L'Hôpital civil français dans son ensemble est constitué par une série de pavillons soit totalement isolés, soit reliés entre eux par des couloirs couverts.

Les Services de la Maternité et Gynécologie aseptique d'une part ou pavillon Tribaudeau, et de la maternité isolée (dite pavillon K) d'autre part, forment deux ensembles de bâtiments éloignés de quelques trois cents mètres (numéros 16 et 18 du plan général de l'hôpital).

Nous allons décrire successivement chacune de ces deux constructions.

1° LE PAVILLON DE LA MATERNITÉ ASEPTIQUE

Construit en 1908, il est d'un style déjà ancien. Malgré les améliorations qui, à diverses reprises ont eu lieu, on sent qu'un plan d'ensemble, de conception rationnelle, n'a pas été fait lors de sa construction. Ceci d'ailleurs est commun à tout l'hôpital civil français et tient à ce que la clientèle qui s'y adresse aujourd'hui est infiniment plus considérable que celle pour laquelle il fut prévu. Nombreux locaux, par manque de place, servent de lieux d'hospitalisation après avoir été déviés de leur destination pri-

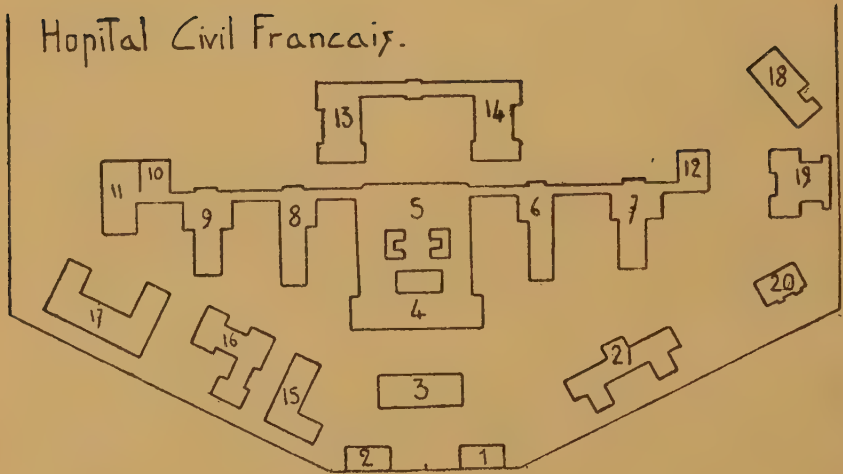
mitive. C'est ainsi que pour certains services des réfectoires et des terrasses sont utilisés pour loger les malades.

La Maternité est construite sur un terrain légèrement en pente. Elle est orientée vers le nord. Un seul étage est bâti sur un sous-sol qui, plus élevé par suite de la déclivité du terrain sur la face nord du bâtiment, y est partiellement aménagé en salle de consultations. L'ensemble de la construction affecte la forme d'un angle dièdre droit. Un des côtés de celui-ci regarde le Sud, l'autre l'Est. Dans cet angle s'étend une vaste terrasse couverte protégée du soleil par des eucalyptus. Un escalier de quelques marches permet de se rendre de celle-ci dans le jardin. Étant donné que cette clinique est à la fois obstétricale et gynécologique, nous avons entièrement séparé ces deux branches autant que nous le permettent nos possibilités. Une aile est affectée aux accouchées, une autre, celle de la grande salle reçoit toute la gynécologie et les expectantes.

Nous diviserons le service, pour en faciliter l'exposition didactique, comme suit : salle d'examen, salle d'accouchement, salle d'opération et annexes, l'aile réservée à l'obstétrique, celle de la gynécologie et des expectantes, la consultation externe.

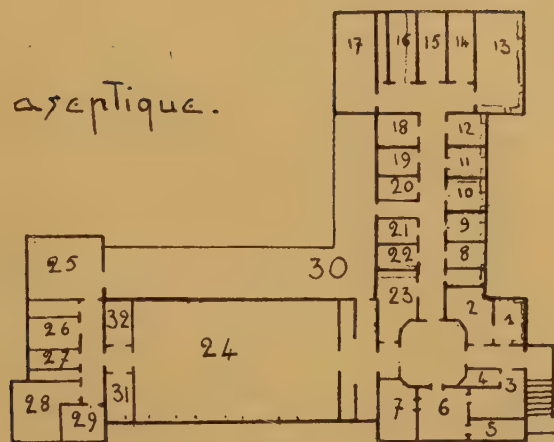
Salle d'examen (n° 2 du plan), à droite de l'entrée, adjacente au bureau du chirurgien, elle comprend un lit et une table d'examen. Rien de spécial à y signaler.

Salle de travail (n° 6 du plan). Nous y trouvons deux lits. Nous utilisons celui de la salle d'examen en cas de besoin pour une troisième parturiente. L'éclairage en est



1. Concierge. — 2. Consultations. — 3. Bureaux. — 4. Enfants Chirurgie. — 5. Services Généraux. — 6. Médecine (femme). — 7. Médecine infantile. — 8. Chirurgie hommes. — 9. Chirurgie femmes. — 10. Pavillon opératoire. — 11. Radio. — 12. Laboratoires. — 13. Médecine hommes. — 14. Tuberculeux. — 15. Dermatologie. — 16. *Maternité Aseptique*. — 17. Médecine (hommes et femmes). — 18. *Maternité septique*. — 19. Nerveux. — 20. Morgue. — 21. Consultations et services généraux.

Maternité aseptique.



1. Bureau du Chirurgien Chef. — 2. Salle d'examen. — 3. Salle de stérilisation. — 4. Stérilisation d'eau. — 5. Salle des instruments. — 6. Salle d'accouchements. — 7. Salle d'opérations. — 8. Chambre d'accouchée (1 lit). — 9. Couveuse. — 10 et 11. Chambres d'accouchées (1 lit). — 12. Chambres d'accouchées (2 lits). — 13. *id.* (4 lits). — 14. *id.* (2 lits). — 15. W.C. — 16. Chambres d'accouchées (2 lits). — 17. Réfectoire. — 18. Chambre d'accouchée (2 lits) — 19 et 20. Chambre d'accouchée (1 lit). — 21 et 22. Chambre d'accouchée (2 lits).

23. Pouponnière. — 24. Salle des expectantes et de gynécologie (16 lits). — 25. Vestiaire. — 26. Chambre à 2 lits. — 27. Chambre à 1 ou 2 lits. — 28. Chambre à 4 lits. — 29. Chambre à 1 lit. — 30. Terrasse. — 31. Chambre à un lit. — 32. Chambre de garde.

bon, l'exposition au nord judicieuse, le matériel opératoire moderne et suffisant.

Salle d'opération et annexes (n° 7 du plan). — Véritablement bien exigüe, elle a son unique issue sur la salle d'accouchement.

Le manque de place et l'embouteillage qui en résulte nous font perdre un temps précieux entre les diverses interventions d'une même matinée. Nous n'avons pas encore de table moderne et nous utilisons toujours la vieille table de Koeberlé.

Il existe à l'hôpital civil français une station centrale de stérilisation mais celle-ci avait jusqu'à ces derniers temps des moyens extrêmement insuffisants : des améliorations sont en cours.

Nous pratiquons donc nous-mêmes notre stérilisation. Nous disposons pour cela de deux autoclaves et d'un poupinel. Notre matériel, insuffisant lui aussi, oblige notre personnel à pratiquer chaque jour deux et même trois stérilisations pour les instruments et le matériel de pansement.

Nous travaillons avec des boîtes d'instruments stérilisés à l'avance à la chaleur sèche.

L'aile des accouchées. — Une série de chambres, les unes à un, les autres à deux lits, une chambre à quatre lits. Au total 23 lits pour les accouchées. Ce nombre est trop souvent restreint et nous devons recourir à des installations de fortune et à l'établissement de lits supplémentaires.

Mentionnons en passant la pouponnière pour les soins

aux nouveaux-nés (n° 23 du plan) et le réfectoire (n° 17), Nous disposons d'une pièce dite « chambre couveuse (n° 9). Ce n'est en réalité qu'une pièce au plafond surbaissé, chauffée par des appareils électriques en même temps que ventilée.

L'aile de la Gynécologie et des expectantes. — Une grande salle de 16 lits. Nous y hospitalisons les femmes attendant une intervention gynécologique et les expectantes obstétricales.

Au-delà de cette salle sont les chambres d'opérées : les unes à un, d'autres à deux, une à trois et même quatre lits selon les besoins.

La consultation. — C'est certainement la partie la plus mal installée de notre établissement. Et encore n'avons-nous pu en obtenir l'aménagement que depuis deux ans.

Située au sous-sol, mal éclairée, et infiniment trop exigüe, la consultation se compose de deux pièces. Dans la première les femmes sont reçues par une infirmière qui les inscrit, prend les observations, analyse leurs urines ; c'est également la salle d'attente et de déshabillage. La pièce où nous examinons nos consultantes est plus exigüe encore que la première ; humide et froide en hiver, l'atmosphère en devient irrespirable dès les premières chaleurs. Et nous examinons dans des conditions hygiéniques peu satisfaisantes 40 à 50 femmes à chaque consultation. Cette consultation représente le prototype des installations de fortune auxquelles nous devons perpétuellement recourir, faute de place.

Il est à remarquer que nous avons mentionné aucune

installation hydrothérapique. Nous ne disposons ni de salle de bains, ni même de douches. Aucune chambre d'accouchée n'a l'eau courante, les chambres des opérées en sont également dépourvues. Nous devons faire transporter les malades au service central des bains avant toutes les interventions.

2^o LE PAVILLON DE LA MATERNITÉ ISOLÉE

Notre installation dans ce pavillon date de 1910. Celui-ci ayant été construit pour un tout autre usage ce fut dès l'origine une installation provisoire.

Le plan de ce pavillon est à la fois énigmatique et invraisemblablement inconfortable aussi bien pour les malades que pour le personnel chargé de l'entretien et pour nous qui y opérons.

L'ensemble de cette construction d'un seul étage est approximativement symétrique. Le centre de symétrie qui est également l'unique passage entre la droite et la gauche du bâtiment est une cuisine de 2 mètres sur 3 mètres sans fenêtre, éclairée par une lucarne taillée dans le plafond.

Nous ne pouvons sans sortir à l'extérieur, faire passer sur un brancard, une malade d'une aile dans l'autre.

Une pièce a été réservée pour une salle d'opération. Elle est extrêmement exigüe et ne possède pas de table moderne. Nous n'avons pas l'eau courante ; et nous nous servons de cuvettes émaillées, flambées, remplies d'eau bouillie. Tout notre matériel opératoire doit être amené stérile de la maternité aseptique. Cependant

nous faisons dans cette salle d'opération toute la chirurgie gynécologique et infantile septiques.

Dans l'aile droite, nous avons une salle de six lits, une autre de dix lits ; la première est réservée aux curettées, l'autre aux femmes atteintes d'affections gynécologiques septiques diverses.

Dans l'aile gauche, une salle de huit lits fait l'office de dispensaire pour les femmes arrêtées par la police des mœurs. La grande salle de dix lits est réservée aux « professionnelles » librement entrées dans le service. Deux autres pièces, l'une de un lit, l'autre de deux lits servent pour les cas demandant un isolement rigoureux. A mentionner également une petite pièce pour les soins quotidiens.

Nous disposons donc au total de trente-six lits ; souvent ce nombre est dépassé, nous sommes alors obligés de loger les malades jusque dans les couloirs parfois même jusque dans le bureau du Chef de service sur des lits de camp.

Ce service a cependant une activité qui approche assez près de celui de la maternité aseptique. Nos moyens restreints d'hospitalisation seuls nous empêchent d'avoir un plus grand mouvement de malades. Nous ne devons prendre en traitement que les cas pour lesquels l'hospitalisation s'impose absolument ; si nous disposions d'un plus grand nombre de lits nous verrions immédiatement s'étendre notre champ d'activité.

Le service travaille toujours à plein rendement : la promiscuité entre les diverses catégories de malades est

souvent impossible à empêcher. C'est particulièrement regrettable. Il est des mélanges qu'il vaudrait mieux éviter pour la bonne tenue, la renommée du service et pour le bien-être des malades.

CONCLUSIONS

Peut-être avons-nous insisté un peu longuement sur les questions matérielles aussi bien en ce qui concerne la maternité aseptique qu'au sujet de notre pavillon d'isolement. Mais il n'est pas exagéré de penser qu'il est des conditions d'hospitalisation que notre époque ne doit plus connaître. En Tunisie, surtout, la France se doit de tenir son prestige en face de certaine nation qui possède un hôpital pour ses nationaux

Les Pouvoirs Publics le comprennent si bien que récemment tout un projet d'agrandissement et d'améliorations a été discuté et doit être exécuté dès que l'équilibre budgétaire le permettra.

III. LE PERSONNEL

En dehors du Chef de Service et d'un interne le personnel comprend :

A la Maternité :

A. Une sage-femme, faisant fonction de surveillante M^{lle} Jacqueline Trussendi, diplômée de la Faculté de Montpellier, occupe seule le poste depuis 1925 avec une compétence et une abnégation auxquelles nous nous plaignons à rendre hommage.

B. Trois infirmières, dites infirmières-soignantes diplômées d'une école locale et sur le point d'acquérir le diplôme d'état, se répartissent ainsi les services :

L'une d'elles s'occupe uniquement des expectantes obstétricales et gynécologiques et des soins inhérents à leur état.

La seconde faisant fonction d'infirmière major est destinée aux accouchées ; elle a sous ses ordres des stagiaires chargées les unes, des soins de la mère, les autres des soins de l'enfant ; l'une d'elles est spécialisée à la pouponnière.

Enfin, une troisième est chargée des soins pré et post-opératoires, du service de stérilisation et de la salle d'opé-

ration. C'est elle qui, d'autre part, assume les fonctions d'anesthésiste et d'aide dans les insufflations tubaires et les injections de Lipiodol intra-utérin.

Les consultations sont assurées par deux infirmières stagiaires sous la direction immédiate du Chef de service ou de l'Interne.

Grâce à cette division des rôles et à cette différenciation, favorisée par la disposition même des lieux dont nous avons fait état dans le chapitre précédent, chacun a un rôle bien défini excluant toute cause de friction, limitant nettement le domaine de chacun tout en établissant les moyens de liaison indispensable.

Le personnel de la Maternité isolée comprend :

Une infirmière major qui a la direction générale du Pavillon et la surveillance des soins, elle a sous ses ordres une infirmière titulaire qui s'occupe également des malades, et assure les intérim.

Au-dessous le personnel subalterne bien que non pourvu de diplômes rend cependant des services très appréciés et il y a là une lacune contre laquelle nous nous sommes élevés : nous voulons parler de la suppression des infirmières auxiliaires qui assuraient la liaison entre le personnel titulaire et la simple fille de salle. Cette condition était réservée à une classe d'infirmières dont les aptitudes restreintes et les facilités plus modestes ne permettaient pas d'accéder au grade supérieur. Nous croyons savoir qu'il est actuellement question de rétablir cette classe spéciale d'infirmières auxiliaires et nous voyons là le moyen d'assurer l'unité en même temps qu'une mar-

che meilleure du service et d'apporter une solution au fonctionnement du service de nuit. En effet, tout ce personnel titularisé est extériorisé. Il quitte le service à dix-huit heures et ne le reprend que le lendemain matin à sept heures, le confiant dans l'intervalle à de simples veilleuses de nuit pleines de bonne volonté, il est vrai, mais incapables d'intervenir utilement dans la préparation d'une opération d'extrême urgence.

IV. LA CLIENTELE

A l'origine, la clientèle de l'hôpital civil était presque uniquement composée de petits fonctionnaires et de colons français modestes. Peu à peu l'accueil de la France se faisant de plus en plus large et par suite les naturalisations devenant de plus en plus nombreuses les néo-français : italiens, tunisiens, maltais vinrent la modifier. Depuis deux ans l'élément israélite, par suite de la fermeture de l'hôpital qui lui était affecté, est accueilli.

D'autre part toute personne quelle que soit sa nationalité peut être admise à l'hôpital en payant ses journées d'hospitalisation ; c'est ainsi que nous avons pu traiter des femmes indigènes tunisiennes atteintes d'affections gynécologiques qui eussent dû relever de l'hôpital qui leur est réservé.

Ce cosmopolitisme joint au peu d'éducation de tous ces éléments si variés explique les difficultés insoupçonnées dans nos hôpitaux de grandes villes de France auxquelles nous nous heurtons quand nous nous adressons à des femmes si peu instruites à différents points de vue :

Difficultés de se faire comprendre, il faudrait être poly

glotte et parler couramment l'arabe, le maltais, l'italien, et nombre de dialectes, en particulier le dialecte juif. D'où une impossibilité presque absolue de se renseigner, et par suite de bâtir une observation complète et correcte. Qu'on en juge, si incroyable que cela puisse paraître, nous voyons à chaque consultation des femmes qui ne connaissent même pas leur âge, ne se rappellent à plus forte raison ni la date de leurs accouchements ni celle de leurs règles et se contredisent trois ou quatre fois au cours d'un interrogatoire. Et si par malheur on a recours à une de leurs compagnes « interprète bénévole » qui prétend tout expliquer, c'est à n'y plus rien comprendre. On conçoit, dans ces conditions, qu'il nous soit arrivé quelquefois de bâtir une observation déplorablement écourtée, si préjudiciable à la publication de cas par ailleurs intéressants.

Difficulté d'autre part d'examen, ce sont des femmes, les israélites en particulier, le plus souvent obèses, craintives, se prêtant si peu à un examen gynécologique qu'il nous a fallu recourir dans certains cas à l'anesthésie générale. La plupart présente, en effet, une défense abdominale tellement intense qu'on veut bien la croire involontaire et due en grande partie à l'appréhension. Essayer de raisonner, de mettre en confiance une telle malade c'est peine perdue : lui demande-t-on de relâcher le ventre, de respirer largement pour essayer de surprendre au moment de l'expiration un diagnostic déjà difficile chez une personne raisonnable ! Elle vous répond par un « voilà », signe sans doute d'une réelle bonne volonté mais que nous considérons à juste titre

comme symptomatique de la défense la plus absolue. C'est un art de se faire comprendre par des femmes qui sont si loin de nous par la langue, la race, la religion. Il est vrai, heureusement, que notre personnel nous supplée et s'y emploie avec un dévouement et une conscience qui ne sont pas toujours récompensés ; car si la tâche du chirurgien est ardue, celle du personnel, qui se heurte dans les moindres détails à l'incompréhension la plus absolue non seulement de la part de la malade mais aussi de sa famille, ne l'est pas moins. Et à ce propos nous savons par l'expérience des jours de visites trihebdomadaires ce que le mot famille veut dire. Quiconque n'a pas assisté à la ruée d'une véritable tribu dans un concert de lamentations, de cris et de pleurs ne peut se faire une idée de l'état d'esprit et du moral d'une de nos opérées.

Notons d'ailleurs qu'il y a du côté des israélites non évolués une certaine répulsion à se faire opérer et on comprend qu'ils aient de la chirurgie plus de craintes que n'en ont les autres autochtones. Toujours consanguins à un degré plus ou moins rapproché ils présentent fréquemment des signes de dégénérescence qui se traduisent par une fragilité spéciale des tissus, une tendance particulière aux complications veineuses telles que phlébites et embolies. A tel point que nous considérons l'hystérectomie pour fibrome utérin, intervention bénigne chez les sujets des autres races, comme revêtant chez eux une gravité toute particulière ; si bien que nous tendons de plus en plus à substituer dans

son traitement en ce qui concerne les femmes isaélites, le radium à l'hystérectomie.

A ce propos nous sommes d'avis qu'il faut pratiquer, chez les musulmans et les isaélites le moins possible d'interventions totalement mutilantes, car une femme qui n'a plus ses règles est une épouse remplacée chez les premiers et répudiée chez les seconds.

Il est d'autre part curieux de remarquer que la femme arabe sortie de son milieu est beaucoup plus éducable, beaucoup plus docile et beaucoup plus confiante que la femme isaélite, moins courageuse par nature et plus tenue encore par les liens et les considérations familiales.

Enfin, ajoutons que fort heureusement, la clientèle française ne diffère pas sensiblement de la clientèle métropolitaine. Nous retrouvons en elle les qualités de courage, de résistance de notre race qui nous rendent encore plus sensibles les défauts et les tares dont nous faisons état plus haut.

V. L'ŒUVRE

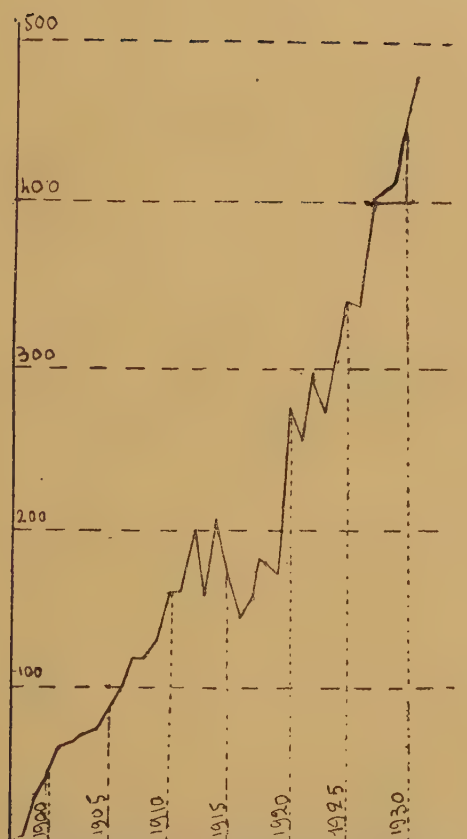
Qu'on ne s'attende pas à trouver dans cet exposé des chiffres énormes. Nous aurons beaucoup plus en vue les progrès et l'estime dont jouit le service, que d'étaler des statistiques imposantes.

Chemin faisant nous indiquerons les méthodes qui ont paru donner les résultats les meilleurs et les plus fidèles.

1^o *L'obstétrique.*

Nous avons relaté depuis 1898 jusqu'à nos jours le nombre annuel des accouchements. Nous n'en donnerons pas le détail qui pourrait paraître fastidieux ; cependant la courbe en étant régulièrement croissante, il nous paraît intéressant de faire remarquer qu'en 1899 il y eût trente accouchements, que huit ans après, en 1907, on pouvait en compter cent douze, et qu'enfin, en 1914, les registres en portent deux cent trois.

La guerre survint alors et dans ces quatre années on enregistre une diminution extrêmement sensible. Le Chef de service était mobilisé aux armées, l'hôpital comme tous les services civils continua à marcher avec des moyens de fortune jusqu'en 1919, date du retour de M. Lehucher. Il nous paraît intéressant de



Graphique montrant l'évolution
du service depuis sa création
jusqu'à nos jours

donner quelques chiffres qui fixerons d'une façon plus tangible l'évolution du service :

En 1919 =	169 accouchements
En 1920 =	277 —
En 1921 =	256 —
En 1922 =	297 —
En 1923 =	274 —
En 1924 =	307 —
En 1925 =	246 —
En 1926 =	340 —
En 1927 =	402 —
En 1928 =	404 —
En 1929 =	417 —
En 1930 =	458 —
En 1931 =	478 —

Notons que le mois de janvier 1932 a battu tous les records précédemment établis et que nous avons eu 61 accouchements.

Le graphique ci-contre établi depuis 1898 donne une idée de cette ascension.

Il faut voir là à notre avis le résultat de l'éducation du peuple qui peu à peu abandonne ces anciennes coutumes : la matronne et les couches faites à domicile dans des conditions d'aseptie et d'hygiène défectueuses pour se porter vers un établissement qui ne le cède en rien quant aux méthodes employées et au confort, à nos hôpitaux de la métropole.

Au total depuis 1919 à nos jours : 4.642 accouchements. Sur ce nombre respectable nous comptons onze

décès de la mère ce qui porte la mortalité maternelle à 0,23 %. Dans ce chiffre nous relevons 5 décès survenus après césariennes pratiquées dans des cas plus ou moins purs sur lesquels nous reviendrons, deux morts par embolie, une par œdème aigu de poumon, trois après forceps difficiles ayant entraîné par deux fois un shock opératoire extrêmement important et dans le troisième cas une déchirure du segment inférieur suivie d'hystérectomie sub-totale et de péritonite généralisée. Cependant nous avons vu la plupart des cas classiques depuis la crise d'éclampsie envoyée in-extrémis de ville, jusqu'aux hémorragies meurtrières de la délivrance, du placenta-prévia, du décollement prématuré de la délivrance normalement insérée sans compter de nombreuses dystocies.

A. LES ACCOUCHEMENTS EUTOCYTYQUES

1. *Le pré-partum.*

Il est bien évident que ces résultats heureux sont dus en grande partie au fait que la plupart des femmes qui viennent accoucher à la maternité ont été vues et suivies pendant leur grossesse soit aux consultations externes de l'hôpital réservées aux indigentes seules, soit en ville au cabinet du Chef de Service : la présentation, le bassin, ont été reconnus normaux ou dans le cas contraire sont l'objet de soins attentifs. On a constaté que le col était sain, les pertes s'il y en a ont subi un examen bactériologique, la faune en est connue et traitée ; enfin les urines ont été soigneusement et régulièrement analysées :

- Une fois par mois pendant les six premiers mois.
- Deux fois pendant le septième et le huitième.
- Et enfin tous les huit jours au cours du neuvième mois.

Rien n'est en somme laissé à l'abandon, il n'est pas étonnant dans ces conditions que les résultats se soient montrés satisfaisants. De même la liaison très intime qui existe avec le service de syphiligraphie et de médecine générale (cardiopathies et tuberculose) nous assure l'aide précieuse des deux Chefs de Service qui occupent ces postes : nous sommes heureux de remercier et de témoigner notre gratitude à MM. les Docteurs Cassar et Masselot dont les conseils éclairés ne nous ont jamais fait défaut.

Aux expectantes, pour la plupart femmes de colons ou de fonctionnaires modestes, qui habitent le « bled » et sont distantes de cent à deux cents kilomètres de Tunis, si ce n'est plus, nous conseillons d'entrer quelques jours avant terme afin de ne rien laisser au hasard et de ne pas courir les risques d'un accouchement survenant au cours de route. Qu'on se représente, en effet, les difficultés sinon l'impossibilité en hiver des communications à travers des pistes impraticables auprès desquelles nos plus mauvais chemins de la campagne française semblent d'accès facile. Pensons un peu aux impossibilités matérielles et financières qu'auraient ces femmes à se faire accoucher à domicile par un médecin de colonisation distant quelquefois de 40 à 50 kilomètres.

Celles qui habitent Tunis ou sa banlieue immédiate, n'entrent qu'aux premières douleurs ou ce qu'elles

croient telles ; elles sont examinées dans une pièce spéciale et dirigées ou non dans la salle de travail. Dans le premier cas, si la marche de l'accouchement le permet, elles recoivent un lavement évacuateur à l'eau bouillie faiblement glycérinée ; on procède ensuite à une toilette vulvaire soigneuse : après savonnage, la région est rasée et nettoyée au Tarnier, la vulve est redouverte d'un pansement stérile et si la poche des eaux est rompue toute la région vulvo-périnéale est enveloppée dans un champ stérile en forme de couche-culotte. Chaque toucher, d'ailleurs aussi peu renouvelé que possible, est rigoureusement précédé d'un savonnage externe suivi d'un lavage au liquide de Tarnier ; bien entendu, les mains de l'accoucheur sont brossées, décapées, recouvertes de doigtiers stériles pour le toucher et gantées pour l'accouchement.

L'expulsion accomplit les soins prophylactiques oculaires du nouveau-né terminés, après mise en place de la pince omphalotribe de Bar et section du cordon l'enfant est confié à une aide qui le pèse et l'habille.

Tous nos soins vont à partir de ce moment se porter sur la délivrance et sur le temps capital de vérification. Nous avons pris l'habitude de laisser s'écouler une demi-heure entre le moment de l'expulsion foetale et celui du délivre.

Cependant nous considérons que ce laps de temps est tout théorique et nous n'en attendons pas moins que les signes de décollement soient au complet. Si ceux-ci tardent à se produire et si rien ne saigne nous attendons une heure et demie à deux heures tout en surveillant

très étroitement notre accouchée, avant de nous croire autorisés à intervenir par délivrance artificielle.

Si le moindre doute subsiste nous n'hésitons pas à pratiquer une revision qui, dans les conditions d'aseptie où nous nous trouvons a toujours donné d'excellents résultats.

Pour ce qui est de la rétention cotylédonnaire tout le monde est d'accord et la revision immédiate s'impose, c'est à elle que l'on doit les formes graves d'infection et les hémorragies tardives ; quant à la rétention de membranes la question est plus discutée, certains auteurs classiques considèrent qu'il y a plus de désavantages à aller chercher les parcelles infimes de membranes qu'à laisser celles-ci s'éliminer naturellement avec les lochies dans les suites de couches. Pour nous, considérant que le milieu obstétrico-chirurgical où nous nous trouvons permet une plus grande liberté de manœuvre, nous pratiquons une revision dans tous les cas où la friabilité des membranes et leur examen nous a paru peu satisfaisant. D'autre part, si dans les quarante-huit heures qui suivent l'accouchement les lochies présentent un aspect vineux en même temps que la température s'élève, nous n'hésitons pas, à condition que l'utérus soit absolument mobile à pratiquer une revision digitale, voir même instrumentale prudente suivie d'injection intra-utérine à double courant et sous faible pression. Nous insistons particulièrement sur le danger que pourrait présenter une pareille méthode exécutée en dehors du délai que nous nous sommes assigné et nous nous permettons

d'attirer l'attention sur les résultats heureux qu'elle nous a permis d'enregistrer.

Nous tenons d'autant plus à nous en tenir à cette méthode que le temps de traitement chirurgical et local est très court et qu'une revision bien conduite nous a souvent permis d'éviter l'infection puerpérale ou de la voir réduite à une simple endo-mérite sans complications ultérieures.

Dans certains cas nous associons volontiers au traitement précédent l'injection de trois ampoules de Propidon qui a cependant l'inconvénient d'agiter la température pendant les six jours nécessaires à son emploi. Grâce à cette adjonction nous avons pu juguler des infections endo-utérines légères qui ne demandaient qu'à s'aggraver et se compliquer.

On pourra faire l'objection que tout ce qui précède est classique ; mais dans tous les cas d'accouchements normaux le résultat semble dépendre non seulement de la minutie extrême avec laquelle les différents temps de l'accouchement sont surveillés et de la perfection de l'aseptie mais encore de l'observance rigoureuse et quasi routinière avec laquelle nous en suivons et en exécutons les différentes phases.

II. *Le post-partum.*

En ce qui concerne la mère nous serons brefs. Nous avons fixé la date du lever au huitième jour au lieu du dixième qui avait été précédemment adopté. C'est tout à fait insuffisant, le manque de place, l'obligation d'avoir un roulement accéléré font qu'il ne nous est pas possible

de garder nos accouchées plus longtemps. La plupart de ces femmes dès leur retour chez elles sont obligées de travailler et de vaquer à leurs occupations ménagères rendues plus dures encore par la présence d'un nouvel enfant. Remarquons cependant que beaucoup étaient primitivement habituées lors de couches à domicile, à se lever au troisième ou quatrième jour et à faire leur travail comme si rien n'était ; elles présentent de ce fait une rusticité qui les aide puissamment à supporter leurs suites de couches. Mais il ne nous faut pas généraliser car pour d'autres, et c'est la majorité, les suites de couches sont extrêmement dures et retentissent non seulement sur la mère, dont la sub-involution utérine se fait mal et qui reste exposée aux infections et aux rétro-versions post-partum mais encore sur l'enfant mal nourri par suite de l'insuffisance et du peu de richesse du lait maternel. Il y avait là une œuvre sociale de premier plan à accomplir, les Pouvoirs Publics n'y ont point failli et sous l'influence intelligente, et dévouée de M^{me} Manceron, femme du Ministre de France en Tunisie, une maison de repos s'élève à côté de l'hôpital dans une atmosphère de calme, de confort et d'hygiène où certaines d'entre elles pourront achever le temps de leur puerpéralité.

C'est, en vérité, encore un bien timide essai. Vu le nombre croissant des exigences sociales et par suite du nombre restreint des places réservées aux nouvelles accouchées mais qui peut au fur et à mesure des possibilités budgétaires recevoir une application plus large.

Pour ce qui est de l'enfant nous insistons particulièrement, chose difficile à faire accepter dans un milieu où

nous sommes relativement mal compris sur la régularité des tétées, les pesées journalières et la nécessité de l'allaitement maternel. En effet, nous tenons plus que quiconque en France à ce genre d'allaitement non seulement à cause de la mortalité effroyable qui frappe les nouveaux-nés dans la première année par suite des coups de chaleur qui surviennent les jours de « siroco » et les tuent en quarante-huit heures, mais encore à cause des difficultés locales d'allaitement artificiel.

Le sol se prête peu à l'élevage des vaches nourricières, tout au moins pendant une certaine partie de l'année. En effet, les pâturages ne sont guère utilisables qu'en hiver et au printemps et sont tout à fait insuffisants en été et en automne.

Pendant un temps nous avons collaboré très étroitement avec l'Institut Arloing ce qui nous permettait l'emploi de lait de vache frais et immédiatement stérilisé, provenant d'autre part d'animaux éprouvés à la tuberculine. Mais après une période de résultats réguliers, certains petits accidents nous l'ont fait abandonner et nous nous demandons si la cause des accidents digestifs constatés à la suite de l'ingestion de ce lait par les nouveau-nés n'était pas dû à la composition des fourrages avec lesquels les animaux sont alimentés à l'étable et en particulier au fenu-grec dit « Holba »,

Des constatations de ce genre ont été faites par des médecins de colonisation avertis, en particulier dans la riche région de Béja. Nous sommes donc revenus dans nos alimentations mixtes, au lait condensé qui présente des qualités de garantie mais par contre des in-

convénients de carence nutritive par défaut de vitamines. Nous remédions à cette insuffisance en usant largement du jus de fruit et en particulier du jus d'oranges et de citrons fraîchement cueillis, ce qui nous permet dans une certaine mesure d'éviter le rachitisme si commun dans une certaine partie de notre clientèle.

D'ailleurs les indigènes, arabes et bédouines surtout, ont si bien compris la nécessité de l'allaitement maternel que presque toutes allaitent. Et nous sommes tellement imbus de cet axiome que nous faisons nourrir toutes les femmes même atteintes d'affections générales sauf les tuberculeuses. A ce propos nous pouvons rapporter l'observation d'une femme atteinte de typhoïde que nous nous sommes efforcés, avec succès d'ailleurs, de faire nourrir en l'aidant toutefois par une alimentation mixte.

Nous obligeons systématiquement les filles mères portées à abandonner leur enfant, à nourrir pendant tout le temps de leur séjour à la maternité. C'est un moyen d'une part de sauvegarder la vie de leur nouveau-né et d'autre part de les attacher à leur enfant. En effet, nous avons vu à la suite de cette contrainte des femmes ne plus vouloir se séparer de lui.

Les vaccinations. — Nous rendons obligatoire la vaccination anti-variolique avant la date de sortie de l'hôpital. Certaines de ces femmes sont, en effet, disposées à échapper à notre contrôle et nous préférons la faire un peu précocement, que de ne la point faire du tout.

Notre service est d'autre part en liaison étroite avec

l'Institut Pasteur où M^{lle} la doctoresse Nicolle dirige avec autorité et compétence la lutte pré-tuberculeuse. Nous pratiquons la vaccination au B.C.G. sur simple demande de la mère ou dans tous les cas soit de tuberculose maternelle en évolution soit d'antécédents héréditaires ou collatéraux suspects.

Nous n'insisterons pas dans ce chapitre sur la lutte intensive contre l'hérédo-syphilis, ceci est une question sociale qui dépasse le cadre de notre Maternité et dont nous reparlerons ultérieurement.

B. LES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

Sur les 4.642 accouchements que nous avons faits à la maternité, nous relevons un total de 304 dystocies soit 6,5 % ayant entraîné une intervention soit obstétricale soit chirurgicale. Ce travail ne pouvant être, faute de place, qu'une affaire de statistique nous ne pouvons pas donner le détail des observations recueillies. Sur ce nombre nous avons rencontré la plupart des dystocies courantes : qu'il s'agisse de viciations pelviennes entraînant un rétrécissement du bassin ou de dystocies dues aux parties molles de la mère : vulve, vagin, utérus, tumeurs abdominales, ou bien d'anomalies du fœtus et de ses annexes capables de devenir une cause de complications pendant la grossesse et l'accouchement.

Nous avons ainsi été amenés à pratiquer depuis 1919 : 177 forceps, exception faite des « coups de pouce » à la vulve, 46 versions et 81 césariennes.

1. *Les Forceps* :

Nous serons brefs sur cette question absolument banale et d'application courante. Nous employons le forceps de Tarnier qui semble le plus couramment usité en Tunisie.

Notons cependant que nous ne faisons jamais de forceps au détroit supérieur : nous considérons que c'est une intervention qui non seulement met la vie de l'enfant en danger, mais qui encore, vue l'excellence des moyens chirurgicaux actuels, n'est plus de mise.

Sur les 177 forceps pratiqués dans notre service, nous comptons 22 mort-nés. D'autre part, 4 nouveaux-nés, ranimés difficilement après une heure d'effort sont morts dans les quarante-huit heures qui ont suivi. Il serait intéressant, si nous disposions de plus de place, de faire la part de ce qui revient, dans cette mortalité, aux traumatismes craniens. Nous avons, en effet, pu constater que nombre d'hémorragies intra-craniennes du nouveau-né suivies de mort pouvaient être imputables à la syphilis.

II. *Les versions* :

Nous n'avons rien de bien particulier à dire sur les versions pratiquées dans le service. Leur nombre est d'ailleurs assez restreint, nous n'en relevons, en effet, que 46. Ceci tient à deux causes : d'une part nous trouvons illogique de garder la difficulté pour la fin, d'autre part nous réservons cette intervention à ses indications bien limitées. En effet, on est frappé à la lecture des ob-

servations de ne trouver que les deux grandes indications classiques : la présentation de l'épaule et le placenta-prévia. Dans ces derniers cas la version a été employée sous deux formes : ou bien il s'agissait d'une version séparée comme traitement d'urgence d'une hémorragie due à l'insertion basse du placenta après dilatation manuelle du col, ou bien d'une version podalique suivie de l'extraction extemporanée du fœtus. Nous laisserons de côté la présentation de l'épaule pour ne nous occuper que du traitement du placenta-prévia relevant autrefois de la version par manœuvres mixtes de Braxton Hicks à laquelle nous tendons de plus en plus à substituer les moyens chirurgicaux.

Nous serons extrêmement brefs sur des notions absolument classiques visant les conditions requises pour pratiquer la version. Nous voulons parler de la nécessité primordiale de la dilatation complète du col soit naturelle, soit artificielle et dans ce cas manuelle, de la non-rétraction de l'utérus et par suite de la rupture récente de la poche des eaux. Nous savons à ce propos que cette rétractilité diffère suivant les individus, et on ne peut guère poser un principe absolu. Il nous faut alors faire entrer en ligne de compte beaucoup plus le sens clinique qu'une vue purement théorique. D'autres conditions sont encore nécessaires : il faut un pôle fœtal non engagé, et d'autre part un bassin facilement perméable.

Cette digression terminée, disons encore un mot pour mémoire de la version par manœuvre externe. Elle a été employée dans le service de 1919 à 1921. Tous les sièges non fixés furent alors systématiquement transformés

en sommet. Ces manœuvres quelquefois pénibles n'ont jamais donné lieu à d'autres accidents que, quelques essais de travail. La méthode a été complètement abandonnée ; d'une part elle obligeait les femmes à rester couchées avec des moyens de contention fœtale difficilement supportés, d'autre part étant donnée la bénignité d'un accouchement par le siège, à condition qu'il soit bien surveillé, cette méthode devenait parfaitement inutile.

Autrement intéressante est la question toujours à l'ordre du jour d'ailleurs du traitement du placenta prévia : faut-il avoir recours à des méthodes obstétricales ou faut-il en venir aux méthodes purement chirurgicales. Nous sommes, sur cette question très éclectiques, tout en accordant nos préférences au traitement chirurgical, dans les cas de placenta centraux et exceptionnellement dans les marginaux.

Nous avons, au cours de ces dix-neuf dernières années, eu à traiter 20 placenta-prévia. Nous écartons de cette statistique les cas de placenta prévia qui le furent bien anatomiquement, mais qui ne se manifestèrent cliniquement au cours du travail que par un petit incident qui ne nous inquiéta à aucun moment, nous voulons parler de placenta-prévia latéraux. Parmi ces vingt cas : treize furent traités par des moyens obstétricaux, le reste par une intervention haute. Parmi ceux-là nous relevons : deux insertions marginales, une insertion centro-marginale et dix insertions latérales.

Dix fois sur treize les manœuvres ont entraîné la mort du produit de conception ; dans trois insertions latérales on est arrivé à extraire le fœtus en état de syncope blan-

che et à le ranimer difficilement l'un au bout d'une heure d'efforts, de respiration artificielle et d'insufflation, grâce à la tenace volonté de notre sage-femme ; et les deux autres très péniblement. Par contre, nous n'avons pas eu à enregistrer une seule fois de décès maternel.

Voyons maintenant ce que nous apportent nos modestes six cas, traités par des moyens chirurgicaux en l'espèce la césarienne corporéale et une fois la césarienne supra-symphisaire.

Il s'agissait d'abord de : quatre placentas prévias centraux, d'un placenta central partiel et d'un placenta marginal. Nous n'avons eu sur ces six cas aucune mort de l'enfant ni de la mère.

Il est bien évident que c'est là une statistique blanche heureuse. Elle porte sur un trop petit nombre de cas pour être valable et faire poids. Cependant elle nous encourage à continuer la méthode dans les cas de placenta-prévia centraux et centro-marginaux qui exposent le fœtus avec des manœuvres obstétricales à une mort certaine, et la mère aux plus graves dangers hémorragiques.

Nous penchons donc actuellement pour le traitement chirurgical. Et voici les raisons que nous invoquons : la rupture large des membranes a l'avantage d'être très simple et sans risque dans des conditions d'aseptie absolue mais efficace seulement dans des cas bien limités. La dilatation élastique par le ballon de Champetier que nous avons pratiqué autrefois, favoriserait avec la dilatation la formation du segment infé-

rieur et arrêterait l'hémorragie, mais il ne s'agit là que d'un procédé souvent inefficace, dangereux par l'obstruction qu'il apporte et l'état de rétention qu'il crée, qui ne donne qu'une hémostase et une dilatation apparente, en dehors des désavantages qu'il a d'être peu aseptique, d'une application quelquefois pénible et d'une conservation difficile surtout sous nos climats.

La manœuvre la plus sûre vis-à-vis de l'hémorragie est celle que nous avons employée le plus souvent (cf. nos 13 cas précités) serait peut-être la version par manœuvres mixtes de Braxton-Hicks qui, en favorisant la dilatation a l'avantage d'arrêter le plus souvent l'écoulement de sang. Mais si notre statistique maternelle est blanche, la formidable mortalité fœtale qui l'accompagne nous prouve que cette méthode ne tient pas suffisamment compte de la vie de l'enfant. Et cet argument nous semble capital. Enfin si nous devons employer d'autres arguments pour justifier notre penchant pour la césarienne, nous dirions que deux facteurs principaux peuvent entrer en jeu : 1^o la situation basse de l'insertion placentaire pour ainsi dire à la porte de l'infection ; 2^o la véritable pénétration et la dissociation du muscle utérin par les villosités choriales à un endroit où celui-ci est particulièrement mince, qui peut entraîner au cours d'une manœuvre obstétricale, la fissuration du segment inférieur point de départ de rupture primitive ou secondaire.

Ajoutons que la rachi-anesthésie employée dans toutes ces interventions chirurgicales offre l'immense avantage d'arrêter l'hémorragie, d'exposer moins la femme à

une spoliation sanguine importante et de rendre l'opération plus facile et plus rapide.

Cependant, et nous croyons résumer là une opinion classique, nous n'employons pas systématiquement la césarienne dans le traitement du placenta prévia. Bien qu'elle comporte des risques immédiats et tardifs bien moins gros qu'autrefois nous réservons cette intervention à certains cas d'insertion basse mais nous en étendons volontiers les indications suivant la gravité de l'hémorragie et l'état du col. Il est bien évident en effet, que la primipare, surtout si elle est âgée, qui par définition aura un col dur, résistant, peu facilement dilatable sera beaucoup plus justiciable d'une césarienne que la multipare qui présente ordinairement plus de laxité du segment inférieur et du col.

En réalité, nous sommes loin de vouloir opposer deux méthodes, obstétricales, et chirurgicales qui se complètent, il n'en reste pas moins que la césarienne semble prendre le pas sur les anciennes techniques et réalise un progrès indiscuté.

III. *Les césariennes.*

Sur les 81 césariennes abdominales, pratiquées dans ces douze dernières années, on relève 79 corporéales et seulement deux supra-symphisaires.

Le faible pourcentage de cette dernière technique pourra paraître surprenant. Nous l'avouons sans ambage, nous avons contre elle une idée préconçue qui tenait en grande partie au fait qu'elle faisait porter la section et la cicatrice sur une des régions les moins résistantes, siège habituel des déchirures. D'autre part nous

restions fidèles à la corporéale parce que celle-ci nous avait donné en ensemble d'excellents résultats.

Cependant étant donné les statistiques publiées, les avantages incontestables dans les cas impurs et la faveur croissante dont jouit la supra-symphisaire nous sommes venus depuis peu à cette technique. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour pour deux cas qui eussent été suivis d'hystérectomie si nous avions employé la corporéale, et qui ont permis une conservatrice et ont amené la guérison, nous dictent notre future ligne de conduite. Dans ces deux cas, le Mikulicz est resté sec et n'a été que de sécurité.

Nous avons pratiqué 62 césariennes corporéales conservatrices pour dystocies dues au bassin, à la présence d'un placenta-prévia, d'une tumeur pelvienne ou d'un excès de volume du fœtus. Nous n'avons pas à déplorer un seul accident maternel. L'enfant a toujours été extrait vivant bien que ranimé avec plus de difficultés lorsque nous opérions sous éther. Les suites opératoires furent toujours excellentes et la mère se levait du douzième au quinzième jour. Cependant pour être complet, disons que dans deux cas il y eut élimination d'un fil de points musculaires et que dans un autre on fut obligé d'évacuer au dix-huitième jour une collection lochiale aseptique du douglas par colpotomie postérieure. Les suites opératoires furent un peu longues mais ramenèrent la restitution *ad integrum*.

Une de ces femmes a subi 4 césariennes itératives, une autre 3, et sept autres 2. Nous avons pratiqué dans tous ces derniers cas, pour des raisons diverses la stérilisation

consécutive par double ligature et section des trompes au thermocautère. Nous allons voir plus loin que dans un seul cas nous avons pu enregistrer une rupture utérine chez une femme. précédemment césarisée par section corporéale.

Nous avons pratiqué dix césariennes corporéales suivies d'hystérectomie sub-totale soit dans des cas impurs, soit pour des tumeurs prévia : celles-ci eurent des suites toujours absolument normales. Celles-là au contraire assombrissent notre statistique de mortalité maternelle. Il s'agissait dans quatre cas suivis de mort de la mère de femmes qui nous étaient amenées de ville, la poche des eaux rompues depuis quarante-huit heures et plus, qui avaient été touchées et retouchées dans des conditions d'aseptie plus que douteuses par des matrones et qui étaient en pleine infection amniotique. Ce sont là des statistiques intégrales non expurgées portant sur des interventions qui n'ont pas toujours été pratiquées par le Chef de service.

L'enfant fut extrait vivant trois fois sur quatre, une erreur de diagnostic concernant les bruits du cœur maternel pris pour les bruits du cœur fœtal chez une femme infectée dont le pouls battait à 120 ayant entraîné l'intervention alors que le fœtus avait déjà cessé de vivre. Cette femme avait d'ailleurs subi 4 à 5 applications de forceps en ville, dont nous n'étions pas au courant.

Enfin le cinquième cas de décès de la mère est dû à une rupture utérine. Nous en rapportons l'observation :

M^e B..... 28 ans, 2^e pare. Foncièrement rachitique, israélite, difficilement physiologique. Ayant déjà subi deux ans au-

paravant une césarienne corporéale pour bassin généralement rétréci. Promontaire accessible à 8 et demi. Grossesse normale au voisinage du terme.

Début brusque du travail le 1^{er} juillet 1927 à douze heures par brusque douleur abdominale en coup de poignand réveillant la malade qui somnolait.

Tableau clinique net d'inondation péritonéale par rupture utérine. Intervention immédiate sous rachi-anesthésie (1 cc. et demi de syncaïne à 8 %).

A l'ouverture du péritoine flot de sang et nombreux caillots que l'on évacue rapidement. On aperçoit alors une perforation utérine siégeant sur le fond utérin, au niveau du placenta et à droite de l'ancienne cicatrice d'hystérotomie. Extraction d'un enfant du poids de 2.050 gr. en état de syncope blanche. que l'on ranime difficilement par les moyens habituels. Délivrance extemporanée; mise en place d'une pince-clan sur la brèche utérine et hystérectomie sub-totale rapide. Péritonisation soigneuse. Toilette de la cavité abdominale.

Suites opératoires : malade extrêmement choquée, pouls petit filant, incomptable. On pratique immédiatement les toniques cardiaques d'usage et une transfusion de 400 gr.

Dans la soirée l'état général s'est sensiblement amélioré, le pouls, mieux frappé bat aux environs de 120.

Le 2 juillet l'état est stationnaire mais au cours de la soirée quelques lipothymies et une hypotension assez considérable justifient l'injection de 500 cc de sérum glucosé intra-veineux.

Le 3 juillet l'amélioration semble se manifester.

Mais le 4 juillet la température qui s'était maintenu jusque là aux environs de 38° 5 monte brusquement à 40°. Le pouls s'accélère et bat encore bien frappé à 130/140. L'examen local ne révèle aucun signe péritonéal, la malade émet des gaz, va à la selle et urine normalement. A quinze heures brusque altération de l'état général, délire, défaillance cardiaque et mort à dix-sept heures. Mort probable par embolie l'autopsie ne put être faite comme il est de règle chez les israélites.

Nous avons rapporté cette observation car, unique, elle porte à 1,3 % le pourcentage d'accidents par rupture qui nous a été donnés de relever au cours de notre statistique de césariennes corporéales.

Nous devons faire mention pour clore ce chapitre de deux cas de césarienne vaginale dont l'un heureux nous a permis d'extraire un enfant vivant et d'enregistrer des suites opératoires excellentes et dont l'autre fut suivie du décès de l'enfant et de la mère.

Il s'agissait d'une femme de 29 ans, débile, chétive, dont le col cicatriciel par suite de cautérisations faites en ville pour métrite cervicale n'avait pu se dilater. On avait été obligé de pratiquer successivement une application de forceps qui avait dérapé amenant une fracture temporo-pariétale droite du fœtus, et une version podalique.

La mère était morte quarante-huit heures après d'urémie suraiguë. A la suite de ce cas on n'a plus pratiqué la césarienne vaginale à terme et à l'heure actuelle nous préférons de beaucoup la supra symphisaire.

V. De quelques autres interventions obstétricales.

Nous avons pratiqué avec succès un nombre relativement restreint d'embryotomies. Ce sont des interventions qui jouissent en ville d'une faveur que nous jugeons sévèrement. Nous ne les pratiquons qu'en cas de nécessité absolue et bien entendu toujours sur enfant mort.

Nous n'avons aucune expérience des procédés d'élargissement du bassin par symphisiotomie ou pelvitomie. Ce sont des opérations qui, pronées par certains auteurs, attaquées violemment par d'autres ne sont pas encore entrées dans notre pratique courante. Nous n'ignorons pas cependant que l'opération de Zarate a donné, entre

des mains averties, des résultats brillants. Notre manque total d'expérience à ce sujet ne nous permet pas actuellement d'y venir.

La rachi-anesthésie en obstétrique.

La plupart de nos interventions obstétricales que ce soit forceps, versions, ou césariennes, ont été pratiquées depuis 1925 sous anesthésie rachidienne sauf bien entendu dans les cas où une lésion anatomique du rachis l'ont empêchée. Nous avons alors recouru à l'éther dont les propriétés hypertensives et prédisposantes aux complications pulmonaires sont bien connues, atteignant cependant à un degré moindre que le chloroforme la cellule hépatique et rénale et surtout n'engendrant pas les syncopes cardiaques chloroformiques sur la gravité desquelles il n'est pas besoin d'insister.

On obtient par ce procédé une anesthésie complète et parfaite du périnée, des membres inférieurs et de toute la région sous et sus-ombilicale.

Nous avons remarqué que l'utérus continuait non seulement à se contracter mais qu'il le faisait avec plus de vigueur et que d'autre part il présentait à un degré maximum le pouvoir de rétractilité qui lui est propre. D'ailleurs les quelques césariennes sous éther que nous avons vu pratiquer, illustrent de façon très nette cette observation. Sous anesthésie générale l'utérus reste mou, flasque, les lèvres de la plaie saignent abondamment, et rendent difficiles les sutures de la tranche utérine. Au contraire sous anesthésie rachidienne l'utérus à peine incisé se contracte de suite, le fœtus, puis la délivrance

sont véritablement chassés hors de la brèche opératoire puis le muscle utérin rétracté devient extrêmement dur pour ainsi dire en érection, à travers la plaie abdominale pendant que la tranche utérine apparaît nette et exsangüe. On peut alors suturer l'épaisseur des tranches utérines, en prenant garde, ce qui est relativement facile sous le contrôle de la vue, de ne pas prendre en masse la séreuse péritonéale, le muscle et surtout la muqueuse.

Les points sont alors serrés sur un utérus contracté et les tranches affrontées dans ces conditions ne risquent pas de perdre le contact comme le fait peut se produire quand on suture un organe flasque, susceptible de se contracter par la suite.

De plus il nous a été donné de voir, sous anesthésie générale le fœtus naître étonné et littéralement anesthésié. Si bien que dans certains cas il fallait de vingt à vingt-cinq minutes d'efforts tenaces pour le ranimer ce à quoi d'ailleurs on est toujours arrivé. Au contraire la rachi-anesthésie permet à l'enfant de crier de suite et nous avons l'habitude de le présenter immédiatement à la mère considérablement étonnée.

Une autre qualité de la rachi-anesthésie se manifeste dans les interventions obstétricales par suite de l'état de paralysie des sphincters et des muscles : l'anus largement perméable est bordé d'un bourrelet d'éversion de la muqueuse que le sphincter externe est impuissant à contenir. La vulve et le vagin se laissent distendre facilement et il n'est jusqu'au col qui bien qu'incomplètement dilaté avant l'intervention ne se laisse amener à dilatation complète. Il est curieux de remarquer que la

main introduite dans l'utérus a nettement la sensation que le corps utérin continue à se contracter rythmiquement et on est frappé par la dureté ligneuse de ses parois alors que le segment inférieur semble d'une hypersouplesse. A ce propos la version sous rachi-anesthésie semble plus difficile que sous anesthésie générale : la place est plus restreinte, les mouvements passifs du fœtus in utéro plus limités.

Ajoutons que, quelles que soient les difficultés rencontrées nous n'avons jamais eu à enregistrer d'accidents et nous considérons malgré l'opinion de certains auteurs, que la rachi donne dans la version des résultats qui, jusqu'à plus ample informé, nous autorisent à lui rester fidèles. On a préconisé l'anesthésie rachidienne dans la présentation du siège, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une primipare avec gros enfant. Dans ce cas l'ensemble de la filière pelvi-génitale, s'oppose à la progression du fœtus, les releveurs se laissent peu facilement distendre par la présentation et il n'est jusqu'à la vulve qui peut-être un obstacle sérieux. Sous l'influence du relâchement produit par la rachi le périnée devient flasque et on a moins à craindre la rétraction du col sur la tête dernière cause de difficultés et de nombreux accidents fœtaux. Nous n'avons pas personnellement l'expérience de cette technique n'ayant pas eu l'occasion de l'employer d'une façon courante mais elle semble de conception heureuse et nous sommes prêts à l'utiliser à la première occasion.

L'anesthésie rachidienne pour forceps dans l'exca-
vation rend des services de tout premier ordre : là

encore les muscles sont relâchés, toute la suspension périnéale se trouve flasque et oppose moins de résistance aux tractions. On a toute facilité pour établir un diagnostic précis de présentation, aucune difficulté pour conduire correctement les cuillères et bien moins de chances de lésions périnéales. On a d'ailleurs tout le temps nécessaire pour adjoindre une épisiotomie pratiquée sans douleur et d'autre part en cas de déchirure toute latitude pour effectuer les sutures nécessaires. Bien entendu il ne s'agit pas de pratiquer systématiquement l'anesthésie rachidienne pour tout forceps, il est bien évident qu'elle serait exagérée par exemple chez une multipare voies très perméables mais dont les contractions utérines seraient insuffisantes pour assurer l'expulsion de l'œuf qu'il ne s'agit pas non plus d'en faire courir les risques si minimes soient-ils pour une extraction à la vulve. Nous réservons surtout ce genre d'anesthésie aux primipares présentant un périnée résistant et particulièrement aux primipares âgées. N'oublions pas enfin que notre clientèle est pusillanime à l'excès et on est frappé de voir la plupart de ces femmes mêmes les plus inquiètes se réfugier dans l'anesthésie et accepter la ponction lombaire. A la douleur et à la plus vive angoisse succède bientôt à leur grand étonnement le calme le plus absolu qui ramène la confiance.

Un autre avantage de la rachi est constitué par ce fait que son action hypotensive vient heureusement contrebalancer l'hypertension si souvent déjà installée au cours de la grossesse et considérablement accentuée par le travail et les efforts qui en résultent. On réalise

ainsi, surtout dans les états pré-éclamptiques, en même temps qu'un procédé d'anesthésie, un véritable mode de traitement prophylactique, l'hypertension semblant être un facteur indispensable à la production de l'éclampsie.

Nous avons pratiqué 134 anesthésies rachidiennes pour manœuvres obstétricales ou sections césariennes sans compter nos anesthésies pour intervention gynécologiques.

La technique que nous avons adoptée et les produits que nous avons l'habitude d'employer semblent donner le maximum de sécurité.

Après ponction lombaire pratiquée avec l'aseptie d'usage dans le deuxième ou troisième espace, nous laissons écouler environ trois à quatre centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien puis nous injectons lentement en utilisant le procédé dit de barbotage trois centimètres cubes de solution de Syncaïne à 4 % quand il s'agit de pratiquer un forceps ou une version, et un centimètre cube et demi de la même solution à 8 % s'il nous faut intervenir par laparotomie haute. Nous faisons pratiquer en même temps une injection sous cutanée de 25 cg. de caféïne destinée à parer aux accidents lipothymiques immédiats ; cette injection sera répétée au cours de l'intervention si nécessité.

La femme est alors amenée progressivement dans le décubitus dorsal et jusqu'en Trendelenbourg s'il s'agit d'une césarienne.

Nous n'avons pas eu à déplorer un seul accident mortel, cependant nous avons enregistré des complica-

tions légères soit immédiates, soit tardives et ce sont là en vérité de bien gros mots. Nous avons remarqué que les malades présentent vers la vingtième minute de la gêne respiratoire, deviennent pâles, ressentent une angoisse tout à fait particulière et demandent de l'air. Le pouls pris à ce moment apparaît lent et hypotendu.

Ces accidents lipothymiques surviennent chez des femmes dont le potentiel nerveux est souvent défficient, et cèdent en général au bout de quelques minutes sous l'influence des encouragements et des exhortations de l'opérateur. A un degré de plus nous avons pu voir survenir des nausées, des vomissements et une tendance prononcée à la syncope. Une piqure de caféïne, d'huile éthéro-camphrée ont pu tout ramener rapidement dans l'ordre.

Nous avons pu observer également des complications à distance : une céphalée violente survenant 4 ou 5 jours après l'anesthésie et persistant 8 jours et même plus. On a pu noter à différentes reprises de la rétention ou de l'incontinence d'urine : ces deux accidents ont cédé rapidement sans laisser de traces.

A ce propos il est intéressant de noter à la décharge de la rachi anesthésie que de semblables phénomènes ont été observés dans les accouchements normaux et surtout dans les forceps un peu pénibles sans toutefois qu'il y ait eu anesthésie rachidienne.

Deux points doivent d'ailleurs être précisés : 1° ces incidents surviennent surtout avec l'emploi du 8 % nous ne les avons notés que rarement avec le 4 % ; 2° il y a intérêt à employer des aiguilles de calibre

extrêmement réduit car il semble bien que l'orifice de ponction des méninges rachidiennes ne s'obture pas immédiatement et constitue un drainage qui entretient l'hypotension.

En résumé pour clore cette digression sur une technique qui a été régulièrement suivie dans le service et a toujours donné des résultats heureux nous pouvons témoigner avec notre modeste expérience de l'inocuité absolue du procédé. Les anciens internes de la maternité dont quelques uns occupent des postes de médecin de colonisation et sont isolés, pour ainsi dire perdus dans leur bled et obligés de se suffir à eux-mêmes, l'emploient systématiquement. L'enquête à laquelle nous nous sommes livrés près d'eux prouve que non seulement ils n'ont jamais eu à enregistrer d'accidents mais qu'ils ont pu se tirer d'affaire grâce à la rachi-anesthésie dans nombre de situations réellement embarrassantes.

C. LES COMPLICATIONS AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

C'est un chapitre qui pourrait nous entraîner fort loin il nous faudrait passer en revue une grande partie de la pathologie médicale. Le cadre de cet exposé ne nous permet pas de citer toutes les complications traitées dans notre service. Nous ne pouvons cependant passer sous silence certaines affections bien particulières qui nous ont permis d'obtenir des résultats satisfaisants. Nous voulons parler des vomissements graves de la gestation, des pyélonéphrites gravidiques et du traitement prophylactique de l'éclampsie.

I. *Les vomissements graves de la gestation*

Sur une dizaine de cas traités annuellement, nous n'avons pas eu un seul décès maternel et nous n'avons jamais été obligés de recourir à l'avortement.

A vrai dire les femmes que nous avons eu à traiter n'étaient pas à une période avancée d'intoxication gravidique et nous les avons vu avant la période de déshydratation et de cachexie. Dans deux cas cependant nous avons noté de l'accélération du pouls qui battait aux environs de 100, signe qu'il est classique de considérer comme d'un pronostic fâcheux.

La thérapeutique que nous avons utilisée consista non pas dans l'emploi de tel ou tel médicament mais dans la mise en œuvre méthodique et persévérante d'un certain nombre de moyens constituant dans leur ensemble non pas un traitement mais une véritable méthode de traitement. Bien que les vomissements semblent avoir pour cause une origine toxique ils se développent toujours sur un terrain entaché de nervosisme ce qui leur a fait d'ailleurs attribuer autrefois une origine pithiatyque.

Nous insistons surtout sur l'isolement *absolu* particulièrement important dans notre clientèle et impossible à réaliser at home. A part le Chef de service, l'Interne et l'infirmière chargée de la malade, celle-ci ne doit voir personne, ne recevoir aucune lettre, vivre en un mot en recluse. Il faut avoir pénétré dans certains milieux, principalement dans les milieux des israélites non évolués pour se rendre compte de l'état psychique

surajouté aux troubles toxiques et entretenu par les lamentations, les conseils, les plaintes de l'entourage.

Grâce à nos chambres d'isolement et à la conscience professionnelle de notre personnel, nous pouvons établir une barrière contre le flux tri-hebdomadaire des visiteurs. Mais là encore nous nous heurtons à des difficultés d'ordre familiales. En effet quand nous entreprenons un tel traitement il n'est pas de jour où nous n'ayons à supporter les supplications de parents ou même d'amis qui s'élèvent contre notre rigorisme.

Bien plus nous avons vu ces mêmes personnes essayer de soudoyer notre personnel infirmier et récemment une de nos malades avait absorbé des choux à la crème qu'on était arrivé, on ne sait par quel moyen, à lui apporter subrepticement.

Par contre si la famille se montre raisonnable, nous assistons à la disparition plus ou moins rapide des phénomènes morbides et au retour ad integrum.

Nous associons volontiers à cette thérapeutique d'isolement la psychothérapie et le traitement classique par lavages d'estomac, purgations à doses filées associé à l'opothérapie ovarienne sous forme d'extrait de corps jaune et à l'adrénaline per os.

Sous l'influence de ces traitements combinés, l'état nauséeux disparaît, les vomissements cessent complètement, et nous n'avons jamais été acculés à la regrettable nécessité d'un traitement qui, lui se montre toujours efficace mais, qui ne doit être considéré que comme un pisallé : l'évacuation chirurgicale du contenu de la cavité utérine.

II *Les Pyélonéphrites au cours de la puerpéralité*

Nous insistons particulièrement sur un fait d'ailleurs classique et mis en lumière par les cas suivis dans le service. Toutes les femmes qu'il nous a été donné de traiter pour pyélonéphrite au cours de la puerpéralité, avaient déjà eu une atteinte du rein, et de ce fait étaient à proprement parler des rénales. Nous n'insisterons pas sur le traitement des phases pré-suppuratives qui relèvent plutôt d'un traitement médical. Ce qui nous intéressera surtout et ce que nous aurons en vue, c'est le traitement de la phase de rétention par cathétérisme urétéral et lavage des bassinets. Nous avons obtenu par cette méthode des résultats vraiment surprenants. Ceci nous est d'autant plus facile que nous pouvons grâce à la compétence en urologie, de notre Chef de service, qui pratique par ailleurs tous les examens d'exploration fonctionnelle rénale des malades hospitalisés dans les autres services, faire cette intervention nous-mêmes.

Nous avons pu appliquer cette technique jusqu'à la fin du septième mois de la grossesse. Nous plaçons alors la femme en Trendélembourg, nous recherchons les uretères à la base de la voussure utérine et les cathé-
térisons. Jamais nous n'avons eu d'accidents, tout au plus quelques difficultés dues à la coudure que doit prendre la sonde pour progresser dans la lumière urétérale, et à l'indocilité de certaines de nos malades.

Nous avons pu voir par ce procédé disparaître les douleurs à type de coliques néphrétiques, descendre à

la normale une température hectique qui oscillait entre quarante et quarante et un. Enfin disparaître les frissons.

L'urine s'écoule d'abord relativement limpide, puis bientôt chargée de légers floccules. Peu à peu l'écoulement devient de plus en plus trouble et nous avons pu recueillir à la fin du cathétérisme une urine épaisse nettement purulente, dans laquelle l'examen bactériologique révélait la présence de nombreux colibacilles.

Nous faisons suivre le cathétérisme d'une instillation pyélique au nitrate d'argent à 1/50. Nous y adjoignons un lavage vésical de la même solution, de façon à empêcher les phénomènes de cystite. Remarquons que ce traitement ne donne de résultats que s'il est employé au début des formes aiguës. Il ne donne aucun résultat dans les formes chroniques.

Nous ne dénions pas une certaine valeur aux traitements par voie interne, mais nous ne leur accordons qu'un pouvoir adjuvant.

Enfin nous avons fondé beaucoup d'espérance sur l'emploi de la vaccinothérapie et particulièrement sur celui des auto-vaccins. Tout en ne niant pas qu'ils puissent entrer en ligne de compte dans l'obtention de quelques guérisons, nous avons été assez déçus et nous n'avons jamais obtenu de résultats bien tangibles.

III. *Les Etats pré-éclamptiques*

C'est à dessein que nous employons ce titre. S'il nous a été donné de traiter avec succès quelques cas d'éclampsie qu'on nous envoyait de ville, nous consi-

dérons qu'il n'y a en réalité qu'un traitement de l'éclampsie, c'est le traitement prophylactique beaucoup plus une question de consultation que d'hospitalisation.

Notre tâche réside donc surtout à rechercher les petits signes d'éclampsisme et à soumettre les malades qui en sont atteintes à un régime approprié.

Il faut croire que pour une fois nos conseils sont suivis puisque nous n'avons pas eu à traiter dans notre clientèle de consultation une seule malade atteinte d'éclampsie.

LA GYNÉCOLOGIE

Nous envisageons ici les interventions gynécologiques pratiquées dans le service depuis 1919, date depuis laquelle nos statistiques sont parfaitement établies.

La division en gynécologie aseptique d'une part, septique d'autre part s'impose. Les deux parties de la gynécologie d'ailleurs sont pratiquées chacune dans un pavillon distinct.

Avant d'aborder les détails nous nous étendrons sur quelques considérations générales sur les techniques employées, les particularités dues au climat et à la clientèle, les soins pre-opératoires.

La Technique du Mickulicz

Utilisé dans les cas où soit que l'aseptie des lésions ne soit pas absolue, soit que il persiste un léger suintement sanguin en nappe, il nous a toujours donné les meilleurs résultats. Gras au début, sec maintenant, il a contribué dans une large mesure à l'amélioration de nos statistiques opératoires. Nous l'utilisons selon la technique du bouchon de champagne en fermant la paroi de part et d'autre aussi complètement que possible. Aussi les cas d'interventions secondaires sur la paroi

pour cure d'éventration, sont réduits au minimum et n'atteignent pas 10 % de nos opérées.

Remarquons que jamais le Mickulicz ne nous a autorisé à effectuer une intervention incomplète. Nous le considérons comme un pansement, d'une part destiné à absorber la sérosité sanguine septique qui sans lui serait résorbée par le péritoine, d'autre part à créer des adhérences autour du foyer septique et à localiser celui-ci.

Par l'emploi systématique du Mickulicz dans les cas suspects, l'état dit de choc opératoire, choc surtout dû à la résorption des toxines microbiennes, donc choc infectieux est toujours diminué, souvent supprimé.

Du climat

Jusqu'en 1931, nous avons opéré, aussi bien en été qu'en hiver ou par période de moyenne chaleur, toutes les malades dont l'état réclamait une intervention.

L'été 1931 fut particulièrement chaud, pendant plusieurs semaines nous avons eu des températures maxima dépassant 40 ° et certains jours même plus de 50 ° avec vent du Sud persistant. Durant des trois mois de fortes chaleurs nous avons eu dans le service quatre décès dont deux ont été autopsiés. Il n'a pas été possible, dans ces deux derniers cas d'interpréter le décès autrement que par un coup de chaleur. Ces deux malades sont mortes d'hyperthermie, faisant une température en plateau à 40 ° et même 41 ° plusieurs jours de suite. L'une d'elles a fait une crise délirante pendant laquelle elle s'est jetée par la fenêtre dans la nuit. Elle n'est d'ailleurs pas morte des suites de sa chute mais

après huit jours d'hyperthermie continue. Elle ne présentait à l'autopsie aucune lésion infectieuse ni suppurative. En conséquence nous nous abstiendrons autant que possible de toute grosse intervention surtout pour tumeurs abdominales durant les périodes de grandes chaleurs spécialement pendant les temps de siroco.

Influence de la race

Une certaine clientèle jouit, dans nos indications ou plutôt contre-indications opératoires d'une situation tout à fait particulière. Nous avons ici en vue les femmes de race sémite atteintes de fibromes. Ce sont le plus souvent des femmes extrêmement adipeuses. Elles ne se déplacent que très peu. Elles n'ont aucun entraînement physique, leurs tissus sont généralement chargés de graisse, très susceptible à l'infection si minime fût-elle. Elles sont particulièrement sujettes aux complications veineuses. La fréquence des phlébites, parfois avec embolies, nous a fait renoncer à intervenir sur certaines malades qui par ailleurs seraient parfaitement opérables. Par contre les musulmanes sont aussi résistantes et même plus que la moyenne de la clientèle de France.

Les soins pré-opératoires

Travaillant sur des malades normalement dans de déplorables conditions de vie où toute règle d'hygiène et de propreté est inconnue, nous attachons une grande importance aux soins de la peau.

Avant toute laparotomie nous tenons à ce que notre

malade ait été soigneusement baignée, c'est ainsi que parfois le personnel doit donner deux et même trois bains aux malades avant que celles-ci paraissent macroscopiquement propres.

La veille de l'opération un lavage soigneux au savon puis à l'alcool suivi d'un pansement protecteur qui ne sera découvert que dans la salle d'opération lors du badigeonnage à la teinture d'iode.

Pour ce qui est de l'état général de nos malades rien que de classique, sérum, sucre, l'intervention si possible très peu de jours après les règles.

Les soins post-opératoires

Nous ne nous étendrons pas sur toute la gamme des tonicardiaques que l'état d'une opérée peut réclamer. Il est classique également de donner à l'opérée des quantités plus ou moins abondantes de sérum glucosé ou salé isotonique, soit en injections hypodermiques, soit dans les veines.

Nous insisterons sur les excellents résultats obtenus par les injections de sérum glucosé hypodermiques en goutte à goutte intra-veineux. Nous donnons le sérum à la concentration de 30 % ce qui est le maximum compatible avec un bon écoulement dans le goutte à goutte. L'appareil utilisé est le goutte à goutte réglable avec ampoule de Murphy pour un contrôle facile du débit. Une aiguille d'un assez gros calibre est introduite dans la veine qui, si besoin est, sera dénudée. Nous injectons ainsi une quantité très variable de sérum selon les malades. On peut admettre que pour un débit

normal du goutte à goutte on fait passer 3 à 4 litres de sérum par 24 heures. Chez les malades ainsi traitées nous observons une diurèse extrêmement abondante, très rapidement l'état général se relève, nous avons ainsi observé de véritables résurrections. Il faut signaler une tachycardie qui d'ailleurs cesse peu après l'injection. Tachycardie que l'on observe surtout si le début du sérum a été trop rapide.

Chez les malades dont le rein est en bon état nous pratiquons les injections de sérum salé hypotonique à 10 %. Même en dehors des malades fortement deshydratés (par vomissements ou suppurations très abondantes) chez tous nos malades intoxiqués nous avons observé d'excellents résultats. Les injections sont pratiquées à la dose de 20 à 30 cc, parfois même 40 cc, et répétées s'il le faut le lendemain.

A. LA GYNÉCOLOGIE ASEPTIQUE

Toute cette partie de la gynécologie est pratiquée dans le pavillon de la Maternité. Nous y comprenons les affections suivantes, fibromes, kyste de l'ovaire, néoplasme du corps, cancer du col grossesse extra utérine et inondation péritonéale, prolapsus. Nous allons au sujet de chacune des affections, insister sur quelques points de détails ou de technique qu'il nous paraît utile de mettre en lumière.

Fibromes

Notre statistique porte sur 61 fibromes, dont deux

échecs opératoires survenus chez des femmes d'origine sémita. Nous ne reviendrons pas sur les accidents spéciaux inhérents à cette clientèle. Nous tenons à signaler la fréquence des tumeurs très volumineuses, ayant depuis longtemps créé des troubles fonctionnels hémorragiques. Nous suivons les techniques et procédés classiques sur lesquels nous n'insisterons pas.

Kystes de l'Ovaire

Par là nous entendons seulement les tumeurs d'origine dystrophique, kystes mucoïdes ou kystes dermoïdes. Nous en avons opérés 30 sans aucune mortalité, certains étant extrêmement volumineux.

Néoplasme du Corps.

Nous avons été frappé par la rareté de cette affection. Nous n'en avons trouvé que trois cas, malgré de nombreux curettages pour métrites hémorragiques chez des femmes âgées qui, cliniquement et d'après les données classiques, devaient normalement en présenter et bien que dans les cas douteux les biopsies soient régulièrement pratiquées.

Néoplasme du Col

Cette affection est assurément une de celles dont la thérapeutique a été la plus discutée. Nous avons nous-même évolué quant à celle-ci. Notre statistique porte sur 29 cas dont un décès. Les premiers cas ont été opérés par colpo-hystérectomie. Colpotomie avec large colette vaginale, décollement antérieur et postérieur

très profond et ligature de l'artère vaginale suivi du temps abdominal au cours duquel nous pratiquions l'hystérectomie élargie avec ou sans ligature des hypogastriques.

Nous avons totalement abandonné cette technique la jugeant trop longue et trop choquante et ne donnant pas les résultats escomptés quant au profit que la malade peut retirer d'une si large exérèse. Nous avons ensuite pratiqué l'hystérectomie élargie après application de radium. Nous plaçons après dilatation du col et curettage de la cavité interne, un tube de radium dans celle-ci. Le tube était renfermé dans un filtre n° 3 et contenait 100 millicuries de radium. Mis dans le fond de l'utérus il était mobilisé et attiré de 2 à 3 cm. vers le bas au bout de 24 heures. Ainsi de la 24ème à la 48ème heure les irradiations actives avaient un champ plus étendu sur le col et les culs de sac vaginaux. Le radium étant laissé en tout 48 heures, l'hystérectomie élargie était alors pratiquée de un mois à six semaines après l'irradiation.

Il est même un cas opéré seulement deux ans après l'irradiation, (la malade ayant quitté le service pour raisons personnelles) et qui s'est parfaitement passé. La malade étant venue consulter pour de nouvelles pertes sanguinolentes, elle présentait lors de son deuxième examen, un aspect hyperémié et sanguinolent de la muqueuse cervicale sclérosée. Nous avons revu la malade un an après l'opération de Wertheim et elle se portait parfaitement bien. Cette intervention malgré une urémie à 0,80 avait été pratiquée après qu'on eut soumis le sujet à une alimentation hypoazotée et désintoxiquante,

sous rachi-anesthésie. Les suites opératoires, à tout point de vue furent plus bénignes qu'aucune autre.

Dans un troisième temps nous opérions encore en plaçant du radium avant l'intervention chirurgicale. Mais pour étendre encore le champ d'irradiation et essayer de le rendre plus homogène, nous placions en plus du tube, six aiguilles. Trois d'entre elles étaient enfouies dans le septum vésicoétérin trois entre le rectum et l'utérus. A la 24 ème heure le tube était descendu de 2 à 3 cm. à la 48ème heure il était enlevé. Les aiguilles restaient en place 8 ou 10 jours. L'intervention était pratiquée secondairement 1 mois à 6 semaines après que l'on eut enlevé les aiguilles.

Malgré toutes les précautions de nettoyage et de désinfection de la cavité vaginale et du col nous avons plusieurs fois observé des inflammations secondaires à la pose du radium. Celles-ci parfois nous ont obligé de retarder l'intervention de plusieurs semaines. D'autre part l'hystérectomie était rendue parfois difficile à cause d'adhérences considérables.

C'est pourquoi à l'heure actuelle nous pratiquons l'exérèse chirurgicale d'emblée sans application de radium au préalable. Il n'y a rien de particulier dans la technique suivie, qui est celle du Professeur J.L. Faure. Dans les cas qui sont particulièrement difficiles et où l'induration du paramètre peut être due soit à une réaction inflammatoire, soit à une propagation néoplasique, nous pensons qu'il y a peut-être intérêt à faire un catheterisme des uretères, ceux-ci alors mieux diffé-

renciés sont plus facilement disséquables. Cependant cela peut-être désagréable du fait que l'uretère alors ne fuit plus sous l'instrument et risque plus facilement d'être lésé.

Secondairement à l'hystérectomie nous faisons à la malade des séances de radiothérapie profonde.

Dans les cas inopérables, cas où seul le radium est utilisable, nous désinfectons avec un soin tout particulier la cavité utérine et la région du col, des examens bactériologiques sont pratiqués et en principe nous attendons toujours avant de placer le tube et les aiguilles de radium qu'il ne se montre plus de streptocoques ou que la virulence de ceux-ci paraisse diminuer.

Grossesses tubaires rompues

Vue les communications relativement mauvaises et les malades souvent très éloignées des centres chirurgicaux les grossesses tubaires rompues nous arrivent le plus souvent assez tardivement à la phase d'inondation péritonéale.

Notre statistique porte sur 19 cas, un seul décès (celui-ci est survenu chez une femme qui a fait une rupture tubaire à la suite d'efforts de vomissements dus à une intoxication alimentaire concomitante).

Nous insistons tout particulièrement sur la nécessité d'une toilette péritonéale aussi complète que possible. Nous laissons le moins de sang que nous pouvons dans le péritoine, ce qui est conforme aux données classiques.

Quand les malades ont perdu beaucoup de sang nous ne pouvons malheureusement faire aussi souvent que

nous le voudrions des transfusions sanguines. Nous manquons en effet de donneurs universels. C'est là une grosse lacune à combler : nous savons par expérience que la transfusion amène de véritables résurrections, quand elle est pratiquée extemporanément avec des donneurs possédant des épreuves d'agglutination favorables. L'organisation d'un tel service, réalisée dans un grand nombre d'hôpitaux de la métropole, rendrait des services inappréciables.

Faute de posséder cette organisation nous avons eu recours à plusieurs reprises à des bonnes volontés et à l'obligeance désintéressée du personnel hospitalier. Il nous faut souvent avoir recours aux injections intra-veineuses de sérum glucosé, celles-ci sont pratiquées sur la table d'opération dès que la ligature de l'artère tubo-ovarienne est effectuée. L'essentiel, étant à notre avis d'alimenter la pompe cardiaque, en maintenant une certaine quantité de liquide en circulation. Nous y adjoignons l'adrénaline pour son action hypertensive.

Les Hématocèles

Nous n'insisterons pas sur le traitement chirurgical des hématocèles peri-utérines. Au cours des premières années, de crainte de voir survenir par la suite des accidents analogues du côté opposé, nous pratiquions volontiers l'hystérectomie. Amenés à une conception moins pessimiste de l'avenir de ces femmes, nous nous contentons depuis, de l'exérèse unilatérale. Il n'est pas besoin d'ajouter qu'avec une hémostase soignée et une péritonisation complète, le drainage est considéré non seulement comme inutile mais encore comme dangereux.

Les Prolapsus

Nous avons maintes fois observé dans ces régions et surtout chez les femmes d'origine sémite la fréquence et l'ampleur des prolapsus. Nous en rencontrons toutes les variétés, depuis la simple cystocèle jusqu'au prolapsus total avec extériorisation de la matrice. Et chose à noter parfois en l'absence de toute déchirure obstétricale, parfois même en l'absence de toute grossesse antérieure. Nous pouvons dire que nous assistons chez ces femmes à de vrais délabrements spontanés du diaphragme pelvien.

Nous sommes absolument hostiles au port d'appareils de contention tel que le pessaire. Le seul traitement médical que nous faisons subir est un nettoyage et une désinfection plus ou moins prolongée, surtout pour les prolapsus totaux avec extériorisation de l'utérus. L'acte opératoire ne devenant possible qu'après la sédation des phénomènes infectieux.

Nous pratiquons la colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure, avec ou sans ligamentopexie. Nous insistons sur l'importance qu'il y a, dans la réfection du périnée postérieur à réunir les deux releveurs sur une surface aussi étendue que possible pour augmenter la solidité de la sangle périnéale ainsi formée. Nous soignons tout particulièrement le point terminal qui va former la nouvelle fourchette afin d'obtenir une adhérence et une coaptation parfaite de la peau et de la muqueuse à ce point d'angle qui est toujours le point faible. Pour ce qui est des prolapsus d'origine obstétricale avec déchirure totale portant sur tout le périnée

postérieur, rectum y compris nous employons la technique suivante qui permet en plus de la réfection du périnée postérieur, de rétablir la continence des matières.

Nous suivons la technique de la colpopérinéorraphie par dédoublement, adjoignant sur les parties latérales de l'anus à droite et à gauche deux incisions verticales destinées à favoriser la recherche des débris sphinctériens. Nous avivons alors les deux parties de la muqueuse rectale qui en s'affrontant vont former la nouvelle paroi rectale antérieure. Nous suturons après adaptation aussi parfaite que possible au catgut en faisant toujours les nœuds vers la lumière du rectum. Puis nous découpons un large lambeau de muscles releveurs sous forme d'un triangle à base inférieure. Nous en cravatons comme d'une sangle toute la face antérieure de la marge de l'anus et nous en raccordons le sommet au moignon postérieur. Le reste de l'intervention ne diffère pas de la périnéorraphie simple. Les fonctions sphinctériennes ont toujours été parfaitement rétablies. Nous pensons qu'un point essentiel pour la réussite de l'intervention est constituée par ce fait qu'il faut placer lorsque l'on pratique la suture de la muqueuse, tous les nœuds dans la lumière rectale pour éviter la fistulisation.

B. LA GYNÉCOLOGIE SEPTIQUE

Nous allons maintenant passer en revue les principales interventions de la gynécologie septique.

Les Annexites

Selon l'infection, son degré, l'ancienneté des lésions et le traitement que celles-ci ont subi avant l'entrée au service, nous allons de la simple annexite jusqu'au pyosalpinx.

En présence de l'une quelconque de ces lésions et selon celle dont il s'agit nous avons une ligne de conduite bien différente et dont les directives générales sont les suivantes.

1° A la frontière de la lésion dystrophique pure ou de l'infection extrêmement atténuée, tel par exemple, s'il s'agit d'une vieille péritonite plastique d'origine tuberculeuse ayant arrêté ou modifié le développement normal tubo-ovarien nous sommes extrêmement conservateurs.

2° S'agit-il d'une femme ayant présenté à un moment de son existence des signes de blennorragie, ou a plus forte raison, si l'examen bactériologique révèle du gonocoque après une longue mise au repos complet, quand plus aucun signe d'infection active ne se manifeste, nous opérons. Ici l'intervention sera moins conservatrice. Nous avons vu plusieurs cas où deux ou trois ans après l'intervention conservatrice, une récurrence s'était manifestée. Dans d'autres cas peu de temps après l'interven-

tion l'infection réveillée par celle-ci avait produit un abcès dans le Douglas.

Maintenant nous pensons donc que l'on a tout intérêt à enlever d'emblée tout ce qui pourrait servir de réceptacle et de repaire à un foyer d'infection sans pour cela, par une exérèse trop importante, risquer surtout chez une femme jeune, de détruire toute sécrétion interne. Nous sommes dans ces cas moyennant conservateurs.

3° S'agit-il d'un pyosalpinx franc, d'origine peut-être gonococcique mais avec infection associée certaine, ou surtout secondaire à une infection puerpérale, ou post-abortionum, d'origine streptococcique, ici nous pensons qu'il faut pratiquer de très larges exérèses voire même, s'il s'agit d'une femme d'un certain âge une hystérectomie subtotal ou totale sera l'opération la plus sûre. Mais nous tenons particulièrement à insister sur tout l'intérêt qu'il y a de ne jamais se presser d'intervenir dans de telles lésions annexielles, infectieuses, virulentes et non éteintes. Combien est-il en effet difficile parfois de faire un diagnostic différentiel entre le pyosalpinx au début et une cellulite pelvienne localisée. Cellulite qui se résolvera intégralement par traitement médical seul en quelques semaines, ou parfois en un ou deux mois.

Telles sont donc nos indications opératoires dans les trois groupes de lésions annexielles que nous venons de considérer.

Quant aux techniques employées, ce sont celles devenues depuis longtemps classiques et nous n'en

parlerons pas. Il est seulement quelques points de détails sur lesquelles nous nous permettrons d'insister. Dans les cas relativement purs quand nous pratiquons une conservatrice, nous avons soin, au cas où nous gardons une portion de trompe de rester constamment en tissu parfaitement sain. Nous avons pratiqué jusqu'à maintenant l'abouchement de la trompe à l'ovaire chaque fois que le cathérisme a montré sa bonne perméabilité. Nous ouvrons alors largement la trompe sur une longueur de un centimètre à un centimètre et demi et nous fixons le pavillon artificiellement réconstitué à la face inférieure de l'ovaire. Nous avons toujours soin de lier l'artère par ligature isolée.

Nous n'avons cependant jamais observé de grossesse chez une de nos malades opérée selon cette technique. Une seule fois l'une d'elles a prétendu avoir fait deux fausses couches mais nous n'avons pu contrôler celles-ci. En résumé les fonctions menstruelles sont parfaites mais les fonctions conceptionnelles pratiquement nulles. Nous pensons désormais qu'il serait préférable de pratiquer l'implantation de l'ovaire dans la corne utérine, muqueuse ouverte.

S'il s'agit d'un pyosalpinx vrai avec lésions bien limitées, il est parfois techniquement possible de garder une partie de la trompe. Au cas où nous nous décidons à suivre cette méthode nous avons toujours soin de pratiquer un enfouissement aussi complet que possible du moignon de trompe avec bonne péritonisation.

Mais nous tenons à préciser que dans de tels cas nous faisons généralement une intervention plus large et plus

radicale car, vouloir être trop conservateur, expose les femmes à des complications locales et générales immédiates ou tardives en particulier aux broncho-pneumonies par embolies microbiennes.

Dans les cas soit de grosses tumeurs abdominales encombrant la cavité pelvienne soit de suppurations pelviennes dont l'exérèse pénible a comporté un délabrement important nous employons volontiers le procédé dit d'hystérectomie sub-totale totalisée secondairement. L'exérèse du moignon cervical se fait alors plus aisément une fois que le champ opératoire est déblayé de la tumeur principale. L'hémostase parfois délicate des branches cervicales de l'utérine se fait avec plus de sécurité et moins de risques pour l'uretère voisin. Il est un fait intéressant pour l'avenir éloigné de la patiente de totaliser l'hystérectomie et cela à deux points de vue :

1° Le drainage s'il y a lieu de le pratiquer se fera plus normalement au point déclive par la brèche vaginale.

2° Quand le sujet a été reconnu porteur d'une métrite du col accompagnant les lésions qui ont fait décider l'intervention il est indiqué de supprimer définitivement un col porteur d'ulcérations susceptibles non seulement d'entretenir une infection locale mais de causer une dégénérescence cancéreuse secondaire.

Nous venons de faire allusion aux risques que peut courir l'uretère au cours d'hystérectomie même non élargie, c'est-à-dire ne s'adressant pas aux cancers du col. Il existe de fait des anomalies quant aux rapports de l'uretère et de l'artère utérine et nous nous souvenons de deux cas qui font la preuve de cette assertion.

Le premier avait traité à un simple fibrome assez volumineux et qui, se développant par mouvement hélicoïdal, avait entraîné d'arrière en avant et de gauche à droite le péritoine pelvien postérieur et par conséquent l'uretère gauche. La pince utérine de J.L. Faure avait étreint le pédicule utérin au ras de la tumeur au-dessus de la crosse de l'utérine, à la hauteur de l'origine isthmique du col. L'exérèse s'était faite normalement et ce fut au moment de passer avec l'aiguille un fil destiné à assurer l'hémostase de l'utérine gauche que l'on aperçut un cordon non vasculaire que la pince avait intéressé par sa portion moyenne : ce cordon était bel et bien l'uretère en situation irrégulière. On s'en rendit compte à temps, on saisit avec le bec de la pince de Kocher les vaisseaux utérins dont la lumière apparaissait en dedans de la pince de J.L. Faure et on put dégager le conduit urétéral qui n'avait été que comprimé sans avoir été intéressé par la section.

Le deuxième cas se rapporte à une sub-totale pratiquée pour suppuration pelvienne et totalisée secondairement. L'uretère gauche chevauchait anormalement le bord gauche du col en dedans de l'utérine, ayant acquis avec cette face latérale gauche du col et en partie la face antérieure de celui-ci des adhérences tellement intimes qu'on fut obligé de les disséquer à la pointe des ciseaux.

Il n'est pas douteux que dans ces deux cas un opérateur ayant plus de souci de la rapidité que de la sécurité et se fiant loyalement à ses connaissances anatomiques aurait ou lié dans le premier cas, ou sectionné dans le second le conduit urétéral.

Métrites du col et Endocervicites

Ces deux affections, le plus souvent coexistantes chez les mêmes malades, sont le pain quotidien de nos consultations externes. La plupart de ces malades guérissent par le traitement médical que nous leur faisons suivre à condition qu'il soit pratiqué longuement et avec régularité. Cependant si la malade ne peut suivre assez ponctuellement le traitement ou si les lésions paraissent trop avancées nous pratiquons après quelques jours ou quelques semaines de désinfection l'évidement conoïde du col.

Le traitement médical sur lequel nous passons très rapidement, est des plus classique : les lavages, les attouchements au nitrate d'argent, au permanganate concentré à 1 % au néol ou à l'antiphlogistine. Périodiquement un examen bactériologique tant au point de vue des gonococques que de la flore banale.

Quand l'état de propreté des lésions le permet nous pratiquons les cautérisations des ulcérations, cautérisation au filhos en surface et au filhosa pour la cavité endocervicale, cette dernière toujours très prudemment, nous aimons mieux faire 2 ou 3 attouchements de plus qu'une cautérisation trop profonde d'emblée et ainsi nous n'avons jamais vu d'accidents survenir.

Le traitement chirurgical par évidement conoïde du col trouve pour nous son indication chez des femmes plus âgées ou chez celles atteintes de métrite parenchymateuse, localisée au col ou à la cavité cervicale.

Avant d'entrer dans les questions de technique nous

insisterons sur la nécessité d'une désinfection aussi soignée que possible. Car nous pensons que les complications d'athrésie sont toujours dues à une mauvaise désinfection qui a permis une infiltration leucocytaire inflammatoire, cause directe de l'athrésie. Ces lésions sont à rapprocher des faits rapportés par le Professeur Couvelaire à propos de soit disant rétrécissement anatomiques et qui, eux aussi sont des infiltrations leucocytaires. Nous n'avons ainsi eu qu'une seule fois à pratiquer une opération césarienne chez une ancienne opérée qui était devenue enceinte.

Quant à la technique employée (nous avons complètement abandonné l'opération de Schreider) nous pratiquons l'évidement conoïde qui a l'avantage de respecter les commissures et qui, n'intéressant pas l'orifice interne met à l'abri des dystocies vraies, celles de l'orifice profond. Une fois notre cône de tissus malade enlevé nous faisons deux points de Douay en U pour inverser la muqueuse : l'un antérieur, l'autre postérieur. Latéralement nous faisons nos points commissuraux aussi éloignés que possible surtout chez les femmes jeunes afin de réduire au minimum le rétrécissement cicatriciel de l'orifice cervical externe et de la cavité cervicale reconstituée.

Pratiqué de la sorte l'évidement conoïde nous donne les meilleurs résultats d'une part au point de vue de la malade devenue enceinte après l'intervention (nous n'avons observé jusqu'à présent qu'une seule dystocie) d'autre part au point de vue général car jamais nous n'avons observé un Néo du col chez une de nos anciennes opérées.

Les Curetages

Tous les curetages sont, sauf de très rares exceptions pratiqués à notre pavillon d'isolement. Nos statistiques ont été en progression croissante de 45 curetages en 1919 nous sommes arrivés à 121 en 1931. Nous y comprenons à la fois les curetages pratiqués pour avortement, pour hémorragie post-abortum, pour métrites hémorragiques et ceux effectués en vue d'une biopsie de la muqueuse utérine (chez les femmes suspectes de néo du corps par exemple).

Il est bien peu de faits à signaler au sujet d'un acte thérapeutique aussi courant et aussi banal qu'un curetage. Cependant nous attirerons l'attention sur une particularité due à notre clientèle en général assez primitive, due aussi à l'existence dans nos régions de matrones dénuées de toutes connaissances médicales et ignorant intégralement l'asepsie. Nous recevons un grand nombre de cas ayant traîné très longtemps avec des pertes hémorragiques. Ces femmes ont parfois subi plusieurs interventions aussi incomplètes que nuisibles avant de tomber entre nos mains. Nous sommes en présence de femmes très infectées, ayant un utérus d'où s'écoule des pertes fétides. Nous nous posons souvent la question : devons-nous intervenir ? Sommes-nous en présence d'un cas où l'infection a dépassé les limites du contenu de la cavité utérine ? N'y a-t-il pas déjà de l'infection veineuse ?

Notre ligne de conduite est la suivante : si nous touchons à notre malade, nous ferons une intervention

complète. Nous viderons totalement la cavité utérine. Jamais nous n'irons chercher un cotylédon isolé, sait-on en effet ce que l'on laissera à côté ?

Pour nous décider à intervenir dans ces cas nous nous basons sur l'examen local. L'utérus est bien mobile il n'y a pas d'infiltrations de paramètres ceux-ci sont souples et l'on ne palpe pas de cordons indurés : nous sommes en présence d'une forme encore localisée et nous pratiquons un nettoyage complet de la cavité utérine suivi d'une irrigation très chaude au liquide de Tarnier.

L'utérus n'est plus absolument mobile, le ligament large est sensible, légèrement induré, alors l'infection doit avoir franchie les limites de l'utérus, dans ce cas nous ne toucherons pas à la cavité utérine. Nous pensons que nous devons attendre l'élimination par suppuration de tous les corps étrangers intra-utérins.

Autrefois et seulement dans des cas tout à fait exceptionnels, nous avons pratiqué l'hystérectomie d'urgence. Cette intervention se justifie-t-elle pleinement ? Nous ne le pensons pas. En effet : si l'infection quoique paraissant très virulente, est bien limitée sans faire subir à la malade le risque d'une grosse opération, nous pouvons par le traitement médical seul, espérer la restitution anatomique « *ad integrum* » ; si l'infection a franchi la barrière utérine, une hystérectomie dans de telles conditions ne pourra plus se faire en tissu sain, l'intervention aidera à la dissémination microbienne qu'elle prétendait supprimer. Nous avons toujours eu à nous louer d'avoir traité médicalement de telles malades. Le traitement est

souvent long et la résolution par suite de vastes infiltrations pelviennes dure plusieurs mois.

Mais avec l'hystérectomie même si nous avions sauvé ces malades nous n'aurions plus que des femmes sans utérus. Et cette infirmité est dans nos régions capitale pour l'avenir social de la femme. Une femme qui ne peut plus avoir d'enfant, une femme dont le mari se rendra compte de l'absence prolongée de ses règles sans qu'il s'agisse d'une grossesse, sera répudiée.

CONCLUSION

Il n'y a évidemment pas de différence profonde entre la gynécologie telle qu'on la pratique en France et telle que nous sommes obligés de la pratiquer ici. Les indications opératoires et les techniques chirurgicales sont partout identiques à elles-mêmes. Mais observons la fréquence relative des diverses interventions pratiquées dans notre service et dans les hôpitaux français. Les statistiques des uns et des autres ne sont pas du tout superposables.

Nous sommes tout d'abord frappés par le petit nombre d'urgence : 19 extra-utérine rompues depuis 1919, et la population à laquelle notre établissement s'adresse est de près de 80.000 habitants.

Comme, en principe les malades ne viennent nous voir que si elles présentent de graves signes fonctionnels ou subjectifs, nous verrons rarement les lésions au début.

Les malades vivent très longtemps avec leurs maux. Souvent elles se décident à consulter parfois à suivre nos conseils, mais il est trop tard. Il en est beaucoup d'autres

que nous-mêmes ni personne ne verrons jamais. Ce sont des constatations que tout médecin peut faire sur la clientèle. Mais ici celles-ci sont particulièrement justifiées. Nos populations sont encore trop primitives, pas assez confiantes, pas assez éduquées.

LES CONSULTATIONS

Elles ont existé de tout temps. Elles étaient primitivement plus ou moins mélangées avec celles de chirurgie générale. De 1910 à 1913, elles eurent lieu même le dimanche matin. Monsieur Tribaudeau pensait favoriser ainsi toute une clientèle que ses occupations mettaient dans l'impossibilité de se déplacer les jours sur semaine. Depuis 1919 elles ont lieu le lundi et le jeudi de 8 heures à midi.

La première heure est réservée à l'interrogatoire des nouvelles malades, aux soins des anciennes et à l'examen des urines.

Puis nous examinons successivement les femmes enceintes et la gynécologie. Les renseignements ainsi obtenus par l'examen sont consignés par une infirmière stagiaire sur un registre disposé à cet effet et dont le numéro d'ordre correspond à celui d'un carton remis à la malade elle-même.

Depuis novembre 1931 on y a adjoint une consultation de stérilité dont nous reparlerons plus loin.

A. L'OBSTÉTRIQUE

Les consultations d'obstétrique ont un rôle de première importance sur lequel il n'est pas besoin d'insister. Elles sont suivies d'une façon régulière puisque nous enregistrons :

en 1924 :	851	nouvelles consultantes		
en 1925 :	833		—	—
en 1926 :	994		—	—
en 1927 :	1054		—	—
en 1928 :	1055		—	—
en 1929 :	1298		—	—
en 1930 :	1598		—	—
en 1931 :	1689		—	—

Les femmes qui viennent consulter sont examinées d'une part au point de vue local et marche régulière de la grossesse, d'autre part elles font l'objet d'un examen que nous tendons à rendre de plus en plus minutieux à seule fin d'établir un traitement prophylactique d'une grande portée sociale. Nous voulons parler du dépistage de la syphilis acquise et congénitale et par suite de son traitement immédiat et intensif et de la lutte antigonococcique et tuberculeuse pré-natale.

a) *Du traitement anti-syphilitique pré-conceptionnel et au cours de la gravidité.*

Cette question ne fait que commencer à entrer dans la voie des réalisations grâce à l'activité, à la compétence et à la conscience professionnelle de M. le docteur Cas-

sar, qui sut, par sa volonté tenace et grâce aux relations qu'il s'était créées en France, réaliser la plus belle œuvre sociale du Protectorat.

C'est ainsi que fut édifié un pavillon splendide, construit aux frais de la ligue anti-vénérienne (section française de Tunisie).

Nous sommes maintenant assurés d'une liaison que nous considérons comme indispensable mais qui ne donnera ses fruits que dans les années futures. Si les résultats paraissent hors de proportion avec ceux qu'on serait en droit d'attendre dans des pays civilisés, cela tient non pas à l'indifférence des gens chargés du service mais au fait que, jusqu'à présent, nous ne disposions pas de moyens suffisants pour transformer nos bonnes intentions en réalisations.

Bien qu'encore à ce point de vue dans la période embryonnaire nous avons cependant réalisé avec des moyens modestes un ensemble de traitements qui ont permis à une quarantaine de femmes de fonder une famille. Nous employons de préférence et systématiquement le traitement au novarsénobeuzol appuyé et soutenu par un traitement de base à l'huile grise. Il s'est montré d'une inocuité absolue et d'une efficacité remarquable à condition de surveiller très attentivement les malades. Nous avons l'habitude de faire précéder l'injection de la recherche systématique des signes d'insuffisance hépatique (présence d'urobiline de pigments biliaires et glycosurie provoquée ou non). Nous rapportons deux ou trois observations qui illustrent de façon la plus nette les résultats que l'on peut attendre d'un traitement ainsi conduit.

Observation I

Mme L... 35 ans, 8^e geste.

3 enfants vivant -1919-1920-1921.

La 4^e gestation se termine par un accouchement prématuré d'un fœtus mort et macéré. Les 5^e et 6^e gestes sont interrompus par avortement au quatrième mois. La septième gestation se termine par l'expulsion d'un enfant mort depuis une quinzaine de jours. On avait pratiqué au cours de cette dernière grossesse un traitement à l'acétylarsan. Nous voyons Mme. P..., pour la première fois en mars 1929. Elle est enceinte de 3 mois, nous raconte son histoire et nous remet en même temps le résultat d'un Wasserman qui est négatif. Nous instituons étant donné l'anamnèse un traitement. Nous pratiquons ainsi 4 séries complètes de novar et d'huile grise.

Elle accouche normalement d'un enfant bien constitué superbe, du poids de 3.800 gr. La délivrance est normale.

En avril 1931 nouvelle grossesse que nous traitons comme la première. Sur ces entrefaites la malade part en France munie de nos conseils et n'est revue qu'en octobre de la même année. Elle ne sent plus remuer depuis une quinzaine de jours, l'examen que nous pratiquons est négatif, les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus et la grossesse nous semble arrêtée.

Interrogée sur le traitement qu'elle a subi en France, elle nous répond que dans la petite ville où elle se trouvait le médecin n'a pas voulu en assumer la responsabilité et qu'il s'est contenté de lui faire des séries d'Acétylarsan.

Quelques jours plus tard elle expulsait un macéré.

L'origine de la syphilis héréditaire du côté maternel nous fut prouvée par la suite grâce aux renseignements qui nous furent fournis d'une part par le mari et part le médecin qui assista au fait suivant : La soeur de cette femme accouchait à son tour quelques mois plus tard d'un prématuré macéré.

Observation II

Mme. X..., 5^e geste 4 enfants vivants bien portants arrive à la maternité en douleur et accouche d'un enfant de 4.110 gr., porteur à chaque main d'un doigt supplémentaire, sorte de petit ergot développé au niveau de l'articulation du cinquième

métacarpien avec la première phalange du cinquième doigt et dirigé à angle droit sur l'axe métacarpo-phalagien. Ces deux malformations sont rigoureusement symétriques à droite et à gauche.

Pour le principe on pratique un wasserman, lequel en pareil cas se montre régulièrement négatif, et qui revient positif à
= + + +

On pratique l'exérèse du sixième doigt et un traitement anti-syphilitique, au mari, à la femme et à l'enfant.

Dix-huit mois après la femme revient à nouveau enceinte. On refait le wasserman qui revient positif à + + +. On institue le traitement d'usage et la femme quelques mois plus tard met au monde deux enfants bien constitués et évacue un placenta univitellin.

Par ailleurs chaque fois qu'une femme fait des fausses couches à répétitions, à plus forte raison si elle accouche d'un enfant mort et macéré ou présentant des signes pathognomoniques d'hérédo-syphilis, quelles que soient les réponses du wasserman et du hecht, nous instituons chaque fois que le sujet veut bien nous écouter :

1^o Un traitement pré-conceptionnel du père et de la mère, si les réponses sont négatives des deux côtés ;

2^o D'un seul des conjoints si le wasserman est positif chez l'un d'eux.

Chez la femme nous le pratiquons dès le début de la grossesse, c'est-à-dire dès que les règles sont venues à manquer avant même que le diagnostic de grossesse soit confirmé cliniquement.

Nous citerons pour terminer l'observation d'une femme de sous-officier qui était à sa deuxième fausse-couches et qui venait consulter parce qu'elle désirait un enfant. Le mari et la femme apportaient en même temps un wasserman négatif. Nous fûmes frappés par

la laryngite dite coloniale dont cet homme était porteur. Cette lésion ayant emporté notre conviction malgré la réponse négative des examens sérologiques, nous avons pratiqué deux séries de novar et d'huile grise chez les deux conjoints avant d'autoriser une nouvelle conception. Dès que les règles manquèrent le traitement fut repris et la femme reçut quatre séries complètes.

Le résultat fut concluant elle accoucha à terme d'un enfant normalement constitué chez lequel fut institué par prudence le traitement suivant que nous pratiquons ordinairement : une dizaine de frictions mercurielles suivies immédiatement ou après un certain repos d'injections sous-cutanées de sulfarsénol que l'on commence à raison d'un demi centigramme par kilog et qu'on augmente pour atteindre un centigramme et un centigramme et demi par kilog. Nous n'avons jamais assisté au cours de ce traitement à des phénomènes d'intolérance.

Nous citons les cas les plus probants mais combien d'autres seraient dignes d'être rapportés. Nous ne pouvons faire malheureusement de statistique intégrale nos moyens d'investigations étant trop limités jusqu'à ce jour.

La plupart du temps à condition que l'on sache obtenir la confiance des malades en les blanchissant de toute responsabilité personnelle sinon héréditaire, que le fait soit ou ne soit point exact, on arrive régulièrement à faire accepter un traitement parfois pénible parce qu'il force les gens à s'astreindre à des exigences thérapeutiques.

Quand les résultats ont couronné les efforts du médecin et récompensé la docilité des patients on se trouve largement payé de tant de déboires par la venue au monde d'un enfant normalement constitué .

b) La deuxième question qui semble à première vue de moindre importance, et dont le dépistage et le traitement nous concerne plus particulièrement, est la lutte anti-gonococcique chez la femme enceinte.

Si au cours d'un examen l'urètre semble le siège d'une urétrite laiteuse ou si au spéculum le col apparaît ulcéré ou le siège de métrite suspecte, nous pratiquons dès le lendemain un étalement sur lames des sécrétions urétrales et cervicales après avoir recommandé à la femme de n'avoir ni uriné ni pratiqué de toilette intime. Si les lames reviennent négatives, on recommande simplement les irrigations vaginales chaudes au Tarnier à prendre sous faible pression et dans le décubitus dorsal. Si, par contre, les lames sont positives au Neisser, on n'hésite pas à pratiquer deux fois par semaine une détertion prudente du col au néol et à conseiller l'emploi d'injections vaginales au permanganate léger. Ce traitement, curatif de la gonococcie en même temps que prophylactique des accidents qui peuvent en résulter tant chez la mère que chez l'enfant, s'est toujours montré d'une innocuité absolue vis-à-vis de la marche de la grossesse.

Nous n'avons jamais eu de travail provoqué par une méthode qui, par ailleurs semble donner les résultats les plus satisfaisants.

B. LES CONSULTATIONS DE GYNÉCOLOGIE

Les consultations de gynécologie nous fournissent, avec le Cabinet du Chef de Service, la majeure partie de nos interventions gynécologiques. Malheureusement là comme ailleurs la tendance pusillanime et peu confiante de notre clientèle se manifeste nettement. Et nombreuses sont les femmes qui, dès qu'elles apprennent la nécessité d'une intervention partent et ne sont revues qu'en cas d'extrême urgence ou quand les limites d'opérabilité sont révolues.

Par contre s'agit-il de simples métrites du col, d'endocervicites, justiciables au plus d'un traitement local par attouchements et pansements gynécologiques. Ces femmes le suivent avec assez de régularité.

Nous avons donné par ailleurs le traitement institué en pareil cas. Nous n'y rexiendrons pas.

C. LES CONSULTATIONS DE STÉRILITÉ

En novembre 1931 nous avons inauguré une consultation de stérilité qui a lieu le lundi à 11 heures à la Maternité de l'Hôpital Civil Français à la suite de la consultation obstétricale et gynécologique.

Cette consultation revêt ici une importance toute particulière par suite de la présence des femmes israélites et arabes menacées, celles-ci d'être remplacées, celles-là répudiées en cas de stérilité. Mais son rôle est intéressant

non seulement au point de vue social mais encore au point de vue scientifique car l'élément israélite présente un gros intérêt du fait des malformations utérines que nous y rencontrons.

Méthodes d'exploration.

Nous insistons d'abord sur la nécessité de procéder avant toute exploration par insufflation ou radio-lipiodol à un examen clinique gynécologique aussi complet que possible : nous recherchons en premier lieu l'acidité cervicale et vaginale puis, par un toucher minutieux, la forme, les rapports et le développement de l'utérus et de ses annexes enfin, au spéculum, nous examinons l'aspect du col, sa perméabilité et s'il y a lieu, nous pratiquons un examen des sécrétions après prélèvement. Au besoin, nous recourons à une hystérométrie prudente.

I. Insufflation tubaire.

Nous employons le matériel du docteur Douay. Après repérage à la percussion de la matité hépatique l'opérateur insuffle l'oxygène dans l'utérus en veillant à ne pas dépasser une pression manométrique maxima de 20, d'ailleurs rarement atteinte, pendant qu'un aide ausculte la région supra-symphysaire de façon à percevoir le sifflement et le gargouillement caractéristiques du passage intra péritonéal de l'oxygène.

Si l'exploration est positive la matité hépatique est légèrement remontée et la patiente accusera plus tard, dans la position verticale, une douleur à l'épaule droite.

Cette méthode, sur laquelle nous n'avons pas la place d'insister constitue un moyen diagnostic et de plus un moyen de traitement des obturations tubaires légères. Nous n'en avons pas encore une expérience suffisante pour en juger les résultats et en reconnaître les inconvénients.

Cependant, bien que nous n'ayons pas eu d'accident à enregistrer en utilisant la méthode d'insufflation nous donnons notre préférence à la Méthode par :

II. *Injectons de Lipiodol intra-tubaire et Radio* (matériel des docteurs Douay et Bécère).

C'est le matériel de ce dernier qui nous a surtout servi, l'appareil à manomètre du premier ayant été accidenté dès réception.

Nous nous orientons surtout pour le moment du côté de la perméabilité tubaire mais les images utérines obtenues nous ont permis de diagnostiquer des anomalies dans la morphologie utérine : c'est ainsi que nous possédons des clichés d'utérus bicorne, bifide et de type infantile.

Nous restons très prudents dans le choix de nos cas ; sans parler des états inflammatoires plus ou moins récents qui contraindiquent formellement toute exploration de ce genre nous laissons également de côté les utérus fixés.

En cas de pertes blanches chroniques, nous demandons un examen bactériologique avant de nous croire autorisés à entreprendre l'exploration au Lipiodol et peut-être plus encore l'insufflation.

Il nous a semblé que s'il pouvait être dangereux d'exagérer une pression que le manomètre nous traduit assez fidèlement, il y avait lieu cependant d'insister avec patience dans les cas où une première épreuve radioscopique puis radiographique ne nous avait pas permis d'obtenir des images tubaires. Il nous est arrivé, dans nos premiers essais, de conclure indûment à une non perméabilité tubaire : l'une de nos clientes de la consultation de stérilité est actuellement enceinte après avoir subi une exploration au Lipiodol qui n'avait pas réussi à injecter les trompes.

Il n'est pas douteux, l'expérience nous a servi par la suite, qu'une adjonction de 2 à 4 cc., toujours sous couvert de la pression maxima de 25, nous aurait permis de mettre la perméabilité tubaire, en évidence comme il nous est arrivé maintes fois par la suite de le réaliser.

Sans aller nécessairement jusqu'à la répletion maxima qui atteint dans certains cas 6 cc. chez des nullipares, répletion qui s'accompagne d'autant plus volontiers de coliques utérines que les trompes, non perméables, ne jouent pas le rôle de soupapes de sureté, on peut insister d'autant mieux, avec l'appareil de Béchère que, en plus de l'indication manométrique, le pouce qui anime la propulsion de la seringue ressent avec infiniment de précision la résistance qui lui est opposée.

Un autre signe qui nous a paru être assez fidèle est le suivant : la ligne primitivement concave en haut qui dessine le fond utérin s'applatit et devient même convexe quand l'utérus est bien rempli. Les cornes sont mieux

dessinées et de cela on peut se rendre compte à l'examen radioscopique, sur écran avant de se décider à l'épreuve radiographique, en centrant correctement et avec précision sur les régions tubaires. On arrive fréquemment, une fois que l'adaptation visuelle est bien réalisée à deviner parfois la trompe mais constamment les paquets de Lipiodol qui font issue par le pavillon tubaire. L'épreuve radiographique n'est faite que quand tous ces points sont bien réglés.

Il est curieux de constater combien l'image radioscopique de l'utérus infecté au Lipiodol peut se modifier suivant les tractions pratiquées sur la pince fixe-col solidarisée par le verrou de l'appareil de Béchère avec la canule et son olive, et combien l'orientation différente imprimée ainsi au corps et au col utérin. Corrigeant plus ou moins les différentes déviations utérines, transforme l'aspect de l'image obtenue.

Toutes les manœuvres, en dehors de la piqure du col par la pince fixe-col et de la répletion maxima de l'utérus qui peut déterminer, nous l'avons observé une ou deux fois sur une soixantaine de cas, quelques coliques fugaces sans gravité, sont absolument indolores. Et cependant nous ne manquons pas de sujets pusillanimes.

Sans vouloir expliquer par cette méthode précise toute les causes si complexes de stérilité et d'autre part les difficultés moins absolues que la fécondation peut rencontrer chez la femme, il ne semble pas douteux que cette méthode, à condition qu'elle soit conduite prudemment ait réalisé un progrès remarquable dans l'étude de ces mystérieuses fonctions.

Une de nos épreuves de Radio-Lipiodol



Venus tardivement à cette technique qui n'avait pas manqué de nous paraître *a priori* dangereuse, nous sommes heureux de rendre ici à ceux qui la découvrirent et la mirent au point un hommage d'admiration et de reconnaissance.

CONCLUSIONS

1° Ce modeste travail rend compte de l'effort soutenu par les différents Chefs de Service qui se sont succédés à la direction de la Maternité de l'Hôpital Civil Français de Tunis, aidés par un personnel toujours dévoué.

2° Il reste beaucoup à faire à tous points de vue spécialement pour ce qui est de la tuberculose et de la syphilis quant aux rapports que ces redoutables maladies peuvent avoir avec les états gravidiques. Au point de vue de la syphilis un grand pas vient d'être fait dans les réalisations de la Section Française de Tunisie de la Ligue contre le péril vénérien. Quant à la tuberculose une œuvre du même genre est en voie de constitution et ne manquera pas de nous apporter une aide éclairée.

3° Nous sommes assurés que les Pouvoirs Publics en Tunisie nous apporteront dans un avenir que nous espérons proche, les moyens effectifs qui nous manquent encore. Un vaste plan d'organisation est à l'étude et sera exécuté grâce à l'union de toutes les bonnes volontés et les compétences dans cet esprit large et tolérant qui est la caractéristique de notre civilisation.

4° L'éducation des masses, primitives et encore inéduquées, qui forment le fond des classes pauvres et qui alimentent notre clientèle hospitalière surtout en ce qui concerne les néo-français ne se fera qu'avec le temps, une patience inlassable et un dévouement qui ne sauraient être au-dessus des ressources du tempérament français.

Aucune considération de races ni de religions ne saurait mettre en péril une œuvre qui n'en est encore qu'à ses débuts, mais qui ne peut que progresser d'année en année.

5° Puissent les conditions économiques d'un pays peu riche par lui-même et qui a subi spécialement dans les dernières années tant d'épreuves, permettre l'amélioration progressive des œuvres d'assistance publique.

Vu le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu le Président,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

